

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YAŞLI HİPERTANSİF BİREYLERDE DEPRESYONUN
ANTİHİPERTANSİF İLACA UYUMA ETKİSİ

Ezgi DEMİRTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

ERZİNCAN

2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	III
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ	V
ÖZGEÇMİŞ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
2.2. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler.....	4
2.3. Yaşlılarda Depresyon.....	7
2.4. Depresyonu Olan Yaşlı Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı.....	8
2.5. Hipertansiyonun Tanımı.....	9
2.6. Hipertansiyonun Sınıflandırılması ve Etyolojisi.....	9
2.7. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi.....	10
2.8. Hipertansiyonda Risk Faktörleri.....	11
2.9. Hipertansiyonun Komplikasyonları.....	13
2.10. Hipertansiyonun Tedavisi.....	14
2.11. Depresyonu Olan Hipertansif Yaşlılarda Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	21

3.6. Verilerin Toplanması.....	23
3.7. Verilerin Analizi.....	23
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.10. Uygulamada Kullanılan Ölçümler.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. EKLER.....	55
EK I : Tanımlayıcı Soru Formu	
EK II : Geriatrik Depresyon Ölçeği(GDÖ)	
EK III : İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu(İBÖS-KF)	
EK IV : Resmi İzin Yazısı	
EK V : Etik Kurulu Kararı	

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi boyunca bilgisinden ve deneyimlerinden yaralandığım, her durumda beni destekleyen ve yanımda olduğunu hissettiren değerli danışman hocam, sayın Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a

Tez çalışmam boyunca tezin tüm aşamasında değerli önerileri ile desteğini gördüğüm Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a, önerileri ile bana yön veren Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a ve Yrd. Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a

Verilerin toplanması sırasında desteklerini gördüğüm Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere,

Bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma süresince de desteklerini esirgemeyen aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi DEMİRTÜRK

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale)
HT	: Hipertansiyon
HOH	: Hedef Organ Hasarı
İBÖS-KF	: İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu
JNC	: Birleşik Ulusal Komite (Joint National Committee)
KB	: Kan Basıncı
KBH	:Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KV	: Kardiyovasküler
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for Social Science for Windows
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Şekil 1. Kan Basıncı Değerlerinin Tanımları ve Sınıflaması.....	9
Şekil 2. Hipertansiyon Yönetim Algoritması.....	15
Şekil 3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	21
Tablo 1. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 2. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Depresyon Durumu ve Puan Ortalamaları....	26
Tablo 3. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İBÖS-KF Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 5. Yaşlı Hipertansif Bireylerin İBÖS-KF, GDÖ Puan Ortalamaları ve İBOS-KF, GDÖ ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki.....	29

ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŐİ

AraŐtırmacı, 1989 yılında Trabzon'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Trabzon'da tamamlamıŐı olup Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2011 yılında mezun oldu. Bayburt Devlet Hastanesi'nde 2011 yılında hemşire olarak göreve başlayan araŐtırmacı, 2012-2015 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıŐmıŐı olup, 2015 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevine devam etmektedir. AraŐtırmacı 2013 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrenimine baŐlamıŐtır.

Ezgi DEMİRTÜRK

ÖZET

Yaşlı Hipertansif Bireylerde Depresyonun Antihipertansif İlaça Uyuma Etkisi

Bu araştırma yaşlı hipertansif bireylerde depresyonun antihipertansif ilaca uyumuna etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı nitelikte yapıldı. Araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hipertansif bireyler oluşturdu. Örneklem seçimi yapılmayarak araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan 350 birey araştırmaya alındı. Araştırmanın verileri Mayıs-Eylül 2014 tarihleri arasında tanımlayıcı soru formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Bu araştırma tüm yaşlıların % 57.1'inde, 80 yaş ve üzeri yaşlıların %72.6'sında depresyon belirlenmiş olup tüm yaşlıların depresyon puan ortalaması 15.12 ± 6.43 olarak saptandı. Seksen yaş ve üzeri olma, kadın olma, lise/üniversite mezunu olmama, bekar/dul/boşanmış olma, gelirinin giderinden az olması, sağlığını kötü algılama ve yalnız yaşamının depresyon görülme sıklığının artmasında önemli değişkenler olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmama, gelirin giderinden az olması, sağlığını kötü algılama, diyastolik kan basıncının kontrol altında olmaması, depresyonu olmanın ilaca uyum öz etkililik puanını önemli düzeyde azalttığı, ek kronik bir hastalığa sahip olma, tanı yılı ve tedavi süresinin artması ise ilaca uyum öz etkililik puanını önemli düzeyde artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca depresyon ile ilaca uyum öz etkililik puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu saptandı.

Depresyon belirtilerinin erken teşhisi ve tedavisi hipertansiyon tedavisi ve yönetiminde önemli bir faktördür. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin hipertansif yaşlı bireyleri depresyon belirtileri açısından gözlemleri,

hastalıkları ile baş etmede depresyonun ilaca uyuma etkisini göz önünde bulundurmaları, özellikle ileri yaşta olan, kadın, okuryazar olmayan ve lise/üniversite eğitimi almamış olan, bekar/dul/boşanmış, geliri giderinden az olan, sağlığını kötü algılayan, yalnız yaşayan ve diyastolik kan basıncı kontrol altında olmayan yaşlı bireylere öncelik vermeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, ilaca uyum, hipertansiyon, depresyon, hemşire

ABSTRACT

The Effect of Depression on Adherence to Antihypertensive Medications in Elderly Individuals with Hypertension

This descriptive study was performed to find the effect of depression on adherence to antihypertensive medications in elderly individuals with hypertension. The study population consisted of hypertensive individuals aged 65 and over who presented to one of the Karaağaç, İnönü or Mimar Sinan Family Health Centers located in the provincial center of Erzincan. No sampling was attempted and 350 people who met the inclusion criteria were included in the study. The study data were collected between May and September 2014 by way of face-to-face interviews using a descriptive questionnaire, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form (MASES-SF) and the Geriatric Depression Scale (GDS).

Depression was found in 57.1% of all the elderly in this study and in 72.6 % of those aged 80 and over, the mean depression score of all the elderly being 15.12 ± 6.43 . An age of eighty years and over, being female, not being a high school/university graduate, being single/widowed/divorced, having less income than expenses, perceived poor health, and living alone were found to be the major variables for an increased prevalence of depression. Being illiterate, having less income than expenses, perceiving a poor health, not having the diastolic blood pressure under control, and having depression were found to significantly decrease the medication adherence self-efficacy score, whereas having an additional chronic disease, year of diagnosis and lengthened treatment time significantly increased the medication adherence self-efficacy score. A moderately significant negative correlation was found between depression and the mean medication adherence self-efficacy score.

Early diagnosis and treatment of depression symptoms is an important factor in the management and treatment of hypertension. For this reason, it is important for the nurse and other health professionals working in primary care to observe hypertensive elderly people for

depression symptoms, to consider the effect of depression on adherence to medication in coping with the disease and to give precedence particularly to the elderly who are at an advanced age, who are female, who are illiterate, who have not received high school/university education, who are single/widowed/divorced, who have less income than their expenses, who perceive their health as being poor, who live alone, and whose diastolic blood pressure is not under control.

Keywords: Elderly, adherence to medication, hypertension, depression, nurse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum sayısının azalması, yaşam süresinin uzamasına paralel olarak dünyada yaşlı nüfus oranı artmıştır (1). Yaşlı nüfusunun artışı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlılığa hazır oluş durumlarına göre sorunların yaşanmasına, sosyal, ekonomik, politik, sağlık ve bakım ile ilgili konularda hizmet sunumunda yetersizliklere neden olmaktadır (2). Yaşlanma, intrauterin dönemde başlayıp, yaşamın sonuna kadar devam eden bir süreç olup, bu sürecin içinde 65 yaş yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmektedir (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2014 yılında yaklaşık % 8'e ulaştığını bildirmiştir (4). Yaşlılık birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreç olması nedeni ile kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve yaşlı bireyler daha fazla tıbbi tedavi ve bakıma gereksinim duymaktadır (5). Depresyon yaşlı nüfusu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olup, çalışmalarda yaşlı nüfusun % 25'inde başta depresyon olmak üzere önemli düzeyde ruhsal sorunlar belirlenmiştir (6). Yaşlılarda depresyon ülkemizde yeterince tanılanmadığından dolayı tedavi edilmeyen önemli bir ruhsal bozukluktur. Ülkemizde 70 yaş üstü bireyler ile yürütülmüş olan bir çalışmada yaşlılarda depresyon yaygınlığı % 18 olarak bulunmuş ve bu bireylerin yalnızca % 8'inin antidepresan tedavi aldığı belirlenmiştir (7). Depresyon yaşlılarda fiziksel bozuklukların ve sıkıntıların önemli nedenlerindedir (8). Düzenli giden kan basıncı düzenli gitmez, kan şekerinde normal değerler dışında sapmalar görülür. Çoğu zaman süregelen hastalıkların ortaya çıkması depresyon dönemlerinde görülmektedir. Birçok araştırma depresyon ve kalp krizi bir arada olduğunda, hastaların kalple ilgili sorunlarını ve tekrardan kriz geçirme riskini artırdığını göstermiştir (9). Bir meta analiz çalışma sonucuna göre de depresyonun yüksek kan basıncının gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu (10) diğer bir çalışmada da majör depresyonun yüksek kan basıncına neden olan bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (11).

Hipertansiyon giderek artan biçimde önemli bir tıbbi ve halk sağlığı sorunudur (12). Böbrek, serebrovasküler ve koroner kalp hastalığı dahil bir çok hastalıkla ilişkili olan hipertansiyon (HT) ileri yaş gruplarında kan damarlarının esnekliğinin azalmasından dolayı artmaktadır (13). HT dünyada ve ülkemizde çok sık karşılaşılan bir problem olup kardiyovasküler (KV) ve renal hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Hem ülke ekonomisine olan maliyeti hem de ortaya çıkardığı problemler nedeniyle erken tanınip tedavi edilmesi gereken bir sorun olan HT'nin ülkemizde 16 milyon kişide olduğu tahmin edilmektedir (14). Türkiye'de hipertansiyonun yaygınlığı genel nüfusta PatenT2 çalışması verilerine göre % 30.3 (15), geriatrik popülasyonda (≥ 65 yaş) Patent T çalışmasına göre % 75 (16), diğer bir çalışmaya göre ise % 68 (erkeklerde % 59, kadınlarda % 76) (17) olarak saptanmıştır. Yurt dışında geriatrik nüfusta yapılan bir çalışmada % 89 (18), diğer bir çalışmada ise % 52 olarak bildirilmiştir (19). Kontrol altına alınamayan hipertansiyon yaşam süresini azaltmaktadır. Hem tedavi alan şiddetli hem de hafif vakalarda hastalanma ve ölüm oranlarında azalmalar olup (20), hipertansiyonun kontrol altına alınamamasında birçok faktör rol oynamaktadır (21).

İlaça uyumsuzluk özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireylerde çeşitli risk faktörleri ile birlikte karmaşık bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (22). Toplumda yaşayan yaşlı hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada yaşlıların % 86'sında bilgi eksikliği, % 67'sinde kan basıncı kontrolünde yetersizlik, % 40'ında ise tedaviye uyumsuzluk bildirilmiştir (23). Yaşlı hipertansiflerle yapılan diğer bir çalışmada 70 yaş ve üzeri olma, Sistolik Kan Basıncı (SBP) ≥ 160 mmHg olması hedef kan basıncına ulaşmada önemli bir engel olarak bildirilmiştir (24). Kan basıncının kontrol altına alınmasında önemli faktörlerden biri hastaların antihipertansif tedaviye uyumlarının yüksek olmasıdır. Hemşirelerin kan basıncının kontrol altına alınmasında bireylere ilaca uyumu artırma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ve hastalıklarına yönelik bilgi vermenin (25) yanı sıra yaşlı bireylerde depresyon belirtilerini tanıma ve uygun birimlere yönlendirme konusunda sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti verme sorumlulukları vardır.

Özellikle yaşlılarda depresyon ve hipertansiyonun yüksek yaygınlığına ve önemli sonuçlarına rağmen ülkemizde depresyonun antihipertansif ilaca uyuma ya da hipertansiyon yönetimine etkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu bilgiler doğrultusunda yaşlı hipertansif bireylerde depresyonun antihipertansif ilaca uyuma etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırma soruları

1. Depresyon yaşlı bireylerde antihipertansif ilaca uyumu etkiler mi?
2. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri depresyonu etkiler mi?
3. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri antihipertansif ilaca uyumu etkiler mi?
4. Depresyon ile ilaca uyum puanları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

Yaşlanma birden fazla kronik hastalığın görüldüğü, fiziksel, ruhsal ve sosyo ekonomik zorlanmalara yanıtta ve ekonomik-sosyal destekte yetersizlik gibi özelliklerin görüldüğü bir dönemdir (26,27). Yaşlılık dönemi kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri yaş grubu olarak ele alınmaktadır (26).

Yaşlılığı genel olarak üç boyutta sınıflandırabiliriz.

Biyolojik yaşlılık: Gelişim süreci içerisinde vücudun yapısal ve işlevsel değişimidir (28).

Ruhsal yaşlılık: Gelişim sürecinde yaşananların artması ile ortaya çıkan davranış değişiklikleri ve davranışsal uyumda yaşa bağlı olarak ortaya çıkan değişimlerdir (28).

Toplumsal yaşlılık: Toplumsal yaşlanma toplumdaki yaşlıların sayısının artması (28) olup yaşam boyunca kişinin toplumsal rolleri, statüsünün ve beklentilerinin değişmesidir (29).

2.2. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma farmakolojik tedaviye gereksinimin ve hastalık yükünün artması ile ilişkili bir dönem olup (30), bu dönemde insan organizmasında değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişiklikler yaşlının yaşam kalitesini etkilemektedir (26, 31). Yaşlı grup olarak ele alınan kişilerin birbirinden farklı özellikleri mevcut olduğu, iş yaşamının içinde aktif ve üretken olan bir grubun yanında yeti kaybı bulunan ve bağımlı durumda olan yaşlıların olduğu bilinmektedir. Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmaz olup ilerleyen yaşa paralel olarak bazı değişimler fizyolojiktir. Yaşlılık

döneminde önceki dönemlerde yaşanan sağlık sorunları ve genetik faktörler de fizyolojik değişiklikler üzerinde etkilidir (26).

2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma, kalp ve damar hastalıkları için majör bir risk faktörüdür. Kalp hastalıkları ve inme sıklığı, 65 yaşından sonra hızla artmakta ve 65 ile 74 yaşları arasındaki ölümlerin %40'ından sorumlu tutulmaktadır. Seksen beş yaşın üstünde ise tüm ölümlerin %60'ı bu nedenle meydana gelmektedir (32). Yaşla birlikte kalp atım sayısı azalır, damarlar esnekliğini kaybeder, duvar kalınlığı ve kalbin etrafındaki yağ tabakası artar (33).

2.2.2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmayla solunum kaslarında atrofi, kostal kıkırdaklarda kalsifik diyaframda düzleşme, göğüs kafesi boyutlarında düzleşme, toraksın esnekliğini kaybetmesi gibi değişiklikler görülmektedir (33).

2.2.3. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri: Yaşlanmayla birlikte kaslarda kuvvet azlığı, kemiklerde kalsiyum eksikliği oluşması sonucunda aktivite azalması, kifoza, sert kemik ve eklem ağrıları sıkça karşılaşılan sorunlar olarak görülmektedir (33, 34).

2.2.4. Sinir Sistemi Değişiklikleri: Yaşlılarda beyine giden kan akımı ve oksijenlenme azalır (33). Bellek zayıflığı, sempatik ve parasempatik fonksiyonlarda azalma, sinir uçlarında duyarlılık kaybı, entelektüel kapasitede azalma gibi değişiklikler görülür (35).

2.2.5. Metabolik Değişiklikler: Yaşlıda enerji gereksiniminde azalma, metabolizmanın yavaşlaması, vücut yağ oranının artması, beden kitle indeksinin azalması gibi değişikliklerin (34,35), yanı sıra kadınlarda folikül sayısı ve fonksiyonu ile birlikte östrojen, progesteron ve inhibin yapımı azalır ve yaşlılarda tiroid bezinde değişiklikler görülebilir (34).

2.2.6. Hematopoetik Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte kan hücrelerinin yapımında ve kemik iliği hücre üretim yeteneğinde azalma olur. Enfeksiyonlara yatkınlık artar, halsizlik ve yorgunluk görülür ve anemiler ortaya çıkabilir (33).

Yanısıra pıhtılaşma bozuklukları, kan koagülasyonunda artma gibi faktörlerinde tromboz ve emboli riskini artırdığı bilinmektedir (34).

2.2.7. Üriner Sistem Değişiklikleri: Normal yaşlanma ile birlikte nefronların fonksiyonlarında kayıplar ve mesane kapasitesinde, glomerül sayısında, renal kan akımında, glomerüler filtrasyon hızı ve tubüler fonksiyonlarda azalma görülür. Yanısıra erkeklerde prostat hipertrofisi, kadınlarda pelvik relaksasyon meydana gelir. Bu değişiklikler yaşlılarda ürogenital sistem şikâyetleri ile beraber bu sisteme ait hastalıkları artırır (34).

2.2.8. Gastrointestinal sistem değişiklikleri: Yaşlılıkta sindirim sistemi enzimleri azalmıştır. Gastrointestinal sistemde peristaltizm ve metabolik aktiviteler yavaşlamış, diş yapımında bozulmalar ortaya çıkmış, pankreasın cevabı ve sfinkterlerin tonüsü azalmıştır. Bu değişimler sindirim ve boşaltımda ilgili sorunlara neden olmaktadır (33).

2.2.9. Duyu İşlevleri Değişiklikleri: Yaşlanmaya bağlı olarak görme, işitme, denge ve tat alma duyularında, merkezi sinir sistemi ve kranial sinirlerle ilgili değişiklikler görülmektedir. Ayrıca dokunma, basınç, vücut pozisyonlarını algılama gibi duyularda da değişiklikler görülmektedir (36).

2.2.10. Deri ve İlgili Yapılarında Değişiklikler: Yaşlanma ile birlikte epidermisde hücre yenilenmesi ve kanlanma azalır, dermis ile epidermisin birleşme alanlarında bozulmalar, elastik liflerde bozulma, kollejen liflerde kabalaşma, melanosit üretiminde azalmalar görülür. Bu değişiklikler epidermal tabakanın incelmesine, kırışmasına, saçlarda grileşme gibi bir takım sorunlara yol açar (36).

2.3.Yaşıllarda Depresyon

Depresyon bireyde kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonucunda gelişen çökkünlük durumu olup (37) hastalıkların çoğunda görülebilen (38) ve yaşlılarda sık karşılaşılan önemli bir sağlık sorunudur (39). Dünyada her beş kişiden biri yaşamlarının bir dönemlerinde depresyon geçirmekte, toplum içinde her 100 erkekten üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görülmektedir (40). Çalışma sonuçlarına göre toplumdaki yaşlı bireylerin klinik depresif belirti gösterme sıklığının % 8- 15 arasında değiştiği bildirilmiştir (41). Türkiye’de 1018 kişi ile geriatrik grupta yürütülmüş bir çalışmada depresyon sıklığı %18 (7), birinci basamakta geriatrik grupta yapılan bir çalışmada % 61.1 (42), diğer bir çalışmada ise % 62.2 (43) ve yurtdışında yapılan bir çalışmada depresif belirti sıklığı % 30 olarak bildirilmiştir (44). Bu sonuçlar doğrultusunda depresyonun birinci basamakta geriatrik grupta en sık karşılaşılan sorunlardan biri olduğu söylenebilir.

Yaşlılık çağı depresyonlarında beyin işlevleri ile ilgili bozukluklar sıklıkla görülmekte olup, bazen ciddi nörolojik bir hastalığın öncü belirtisi olabilir. Yaşlılık çağı depresyonları klinik olarak da gençlerinkinden farklı olup (45), tanınması güç, kronik sağlık sorunu ve özrü olanlarda daha sıklıkla görülmektedir. Yaşlılıkta depresyona neden olan tek bir faktör olmayıp bazen bilişsel yeti kaybı ile giden depresyon bunamanın erken belirtisi olabilir. İleri yaşlarda depresyon belirtileri gösteren hastada depresyon, bunama ya da her ikisi birlikte bulunabilir (38). Yaşlı bireylerde ciddi yaşam olayları, organik beyin bozukluğu, uzun süreli uyku bozuklukları, kronik fiziksel hastalıklar, sosyal iletişim yetersizliği, düşük eğitim düzeyi, psikiyatrik hastalık ve ailevi depresyon öyküsü (39), aile desteğinin azalması, ekonomik zorluklar, kurumlarda yaşama, fiziksel kısıtlılıklar nedeni ile bağımsızlığın azalması, çoklu ilaç kullanımı ve beslenme yetersizliği gibi faktörler depresyon için riskli durumlar olarak bildirilmiştir (46). Bunun yanı sıra yaşa bağlı biyokimyasal değişiklikler de ileri yaşlarda başlayan depresif belirtilerin yaygınlığının artmasına katkıda bulunabilir (47). Depresyon yaşam kalitesini bozmakta, hastada eşlik eden diğer fiziksel rahatsızlıkların gidişatını olumsuz etkilemektedir (39). Yaşlılık dönemi depresyonlarında tedaviye erken başlama ve koruyucu tedavi önemlidir. Antidepresanlara yanıt gençlere göre daha geç olabilmekte ve akut tedaviler iyi yanıt

vermektedir. Hastalığın yinelenmesi sık olduğundan yaşlılık dönemi depresyonların tedavisi uzun süreli olmalıdır (38).

Yaşlılık dönemi depresyonları tedavi edilmediği takdirde birçok olumsuzlukların ortaya çıkmasına ve depresyonun ciddi sonucu olan tamamlanmış intihar davranışına neden olabilir (1). Depresyon belirtilerinin hastalar, hasta yakınları ve doktorları tarafından sıklıkla normal kişilik özelliği olarak değerlendirilmesi, ya da yaşlılığa, kronik hastalıklarına bağlı olduğunun düşünülmesi geriatrik depresyonun gözden kaçmasına neden olmaktadır (46). Bu nedenle bütün yaşlı hastalar hangi şikâyetlerle kuruma başvurursa vursunlar mutlaka bilişsel fonksiyonlar ve depresyon açısından ele alınmalı ve değerlendirilmelidir (48). Bu durumda yaşlılara uygun tanı ölçütlerinin kullanılmamasının ve tanının atlanmasının da önemli rolü olduğu düşünülmektedir (49).

2.4. Depresyonu Olan Yaşlı Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı

Depresyon yaşlılıkta olumsuz sağlık sonuçları, maliyet ve artan engellilikle sonuçlanabilen önemli yaygın bir bozukluktur. Yaşlılıkta depresyona duygu durum bozukluklarına yatkınlık, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz olaylar, toplumsal zorlanma, ek bir hastalığın olması, sağlığı bozan ara faktörler ve kötü yaşam biçimi etken olmaktadır (50). Bu risk faktörleri dikkate alınarak yaşlı bireyin değerlendirmesinde bilişsel ve ruhsal durumlar göz önünde bulundurulmakta olup hemşirelerde depresyona ilişkin değerlendirme yapılmalıdır (51). Hemşireler değerlendirme kapsamında sistemlere ilişkin fizik muayene yapmalı ve sağlığı hakkında bilgi alarak yaşlı bireyde bulunan sağlık sorunlarını saptamalı, bireyin fonksiyonel kapasitesini, beslenme ve eliminasyon, uyku ve dinlenme, hijyenik durumunu, düşme riskini, ağrıyı, ilaç kullanımını değerlendirebilmelidir (48). Bu bağlamda yaşlı rehabilitasyonun da hastanın ve ailenin eğitilmesi, hastanın özbakım yeteneklerinin iyileştirilmesi, cesaretlendirilmesi, ihtiyaç duyulan desteğin verilmesi, meşguliyet becerilerinin kazandırılması ve hastanın gelişiminin değerlendirilmesi hemşirenin hedefleri arasında yer almaktadır (52).

Yaşlılıkta depresyonun tanınması ve uygun tedavi edilmesi hem hastanın hem de hasta yakınlarının iyilik halini ve yaşam kalitesini artırır, fiziksel hastalıkların ortaya çıkışını ve kötüleşmesini azaltır. Yaşlılık depresyonunun özellikle birinci basamakta tanınması ve gerekli tedavinin işbirliği içinde yapılması gerekmektedir (41). Bu bağlamda hemşirelerin depresyonu olan hipertansif bireylerin ilaçlarına uyum sağlayabilmeleri için etkili ve düşük doz ilaç yazılması konusunda hekim ile işbirliği içinde olmaları ve yaşlı bireylerin ilaca uyumları konusunda danışmanlık hizmeti vermeleri önemlidir.

2.5. Hipertansiyonun Tanımı

HT kan basıncı düzensizliğini gösteren bir durum olup tüm sistem ve organları etkileyen bir hastalıktır (53). Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Raporuna göre HT “SKB \geq 140 mmHg ve/veya Diyastolik Kan Basıncı (DKB) \geq 90 mmHg” olarak tanımlanmaktadır (54).

2.6. Hipertansiyonun Sınıflandırılması ve Etyolojisi

ESH/ ESC Raporu’na göre 18 ve daha ileri yaştaki erişkinler için en yüksek kan basıncı değerleri doğrultusunda hipertansiyon sınıflandırması aşağıdaki gibidir (54).

Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik (mmHg)		Diyastolik(mmHg)
Optimal	< 120	ve	< 80
Normal	120-129	ve/ veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve / veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve / veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	ve / veya	100-109
Evre 3 hipertansiyon	\geq 180	ve /veya	\geq 110
İzole sistolik hipertansiyon	\geq 140	ve	< 90

Şekil 1. Kan Basıncı Değerlerinin Tanımları ve Sınıflaması

Hipertansiyon, oluşum nedenine göre esansiyel (nedeni bilinmeyen) ve sekonder (nedeni bilinen) olmak üzere iki gruba ayrılır (55).

Primer-Esansiyel Hipertansiyon: Hipertansiyon vakalarının %90-95'i bir hastalığa bağlı olmamakla beraber nedeni de bilinmemektedir. Primer hipertansiyon erişkinlerde görülen hipertansiyonun büyük bir kısmını oluşturmakta ve genetik yatkınlığın önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (55). Ayrıca beslenme faktörleri, fiziksel aktivite, cinsiyet, etnik köken, beden kitle indeksi, alkol, potasyum ve tuz alımı, akut stres kan basıncının artmasına neden olan faktörler olarak bildirilmiştir (56).

Sekonder Hipertansiyon: Nedeni belirlenebilen hipertansiyon olguları sekonder hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır (57). Kan basıncı yüksek olan bireylerin %5-10'unda buna yol açan başka bir hastalık vardır (58). En sık bilinen nedeni renal parankim hastalıklar % 3-4 sıklıkta görülmektedir. Hipertansiyon böbrek hastalığı olanlarda hem daha erken hem de daha sık olarak ortaya çıkmaktadır (20). Ayrıca aşırı aldesteron, Feokromositoma ve diğer nedenlerde etkili faktörler olarak bildirilmiştir (56)

Sistolik hipertansiyon: Sadece sistolik kan basıncı değerinin yüksek olmasıdır.

Diastolik hipertansiyon: Sadece diastolik kan basıncı değerinin yüksek olmasıdır.

Miks hipertansiyon: Her iki kan basıncı değerinin birlikte yüksek olması olarak tanımlanmaktadır (55).

2.7. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Hipertansiyon çok karmaşık bir patofizyolojiye sahip olup birçok vakada tek belirleyici bir neden rastlamak mümkün olmamasına rağmen normal kan basıncının korunmasında rol oynayan fizyolojik mekanizmalardaki bozukluklar hipertansiyonun gelişimine katkı sağlarlar (56). Hipertansiyon kan basıncı düzeni bozukluğudur (59). Hipertansiyon yaşlılıkta sık görülen bir problem olup (3,33), yaşla birlikte sistolik

kan basıncı artarken diyastolik basınç değişmeyebilir, yükselebilir ya da hafif düşebilir (33). Bireylerin yaşam biçimi, sosyo-ekonomik ve çevresel faktörleri, demografik ve metabolik özelliklerini belirleyen birçok faktörün birbirini etkilemesi ve genetik yatkınlığın bunların üzerine eklenmesi ile hastalık daha da şiddetlenmekte ve kalp üzerine olan zararlı etkileri artırabilmektedir (53). Hipertansiyon oluşumunda sempatik sinir sisteminin aşırı aktivitesi, renin-anjiotensin-aldesteron sisteminin aşırı aktivasyonu, vazodilatör etkili maddelerin yetersiz üretimi, diyetle sodyumun fazla, potasyumun az alınması, obezite, insülin direnci ve endotel disfonksiyon gibi faktörler rol oynamaktadır (55). Kalp, böbrek ve periferik nedenlerle sempatik sinir sistemi aktivitesinin artması hem normotensif hem de hipertansif kişilerde vasküler direnç artışı, sıvı tutulumu ve kardiyak out-put artışına sebep olarak kan basıncının yükselmesine neden olur ve artmış sempatik aktivite de hipertansiyon gelişmesinin olası nedeni olarak belirtilmektedir (58). İlerleyen yaşla birlikte büyük arterlerde distansibilite ve elastisite kaybının yol açtığı damar sertleşmesi sonucu SKB'de sürekli bir artış izlenmektedir (60).

2.8. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Primer hipertansiyonun değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri bulunmaktadır.

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Aile öyküsü: Hipertansiyon ailevi bir yatkınlık göstermekte olup, ailesinde hipertansiyon olan bireylerde hipertansiyon gelişme ihtimali yatkınlık olmayan bireylere göre daha yüksektir. Anne-babası hipertansif olan bebeklerin kan basıncı, normotensif anne babanın bebeklerinden daha yüksektir (20).

Yaş: Diyastolik ve daha sıklıkla sistolik kan basıncı yaşlanma ile birlikte artış gösterir (20,58). Yaşın erkeklerde >55 kadınlarda >65 olması hipertansiyonun prognozunu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (61).

Cinsiyet: Kadınlarda yüksek kan basıncı ve bunun sonuçları önemli bir problemdir (62). Ülkemizde 2003 yılında yürütülmüş olan patenT çalışmasında kadınların % 36.1 ve erkeklerin % 27.5'nde hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (16). Erkeklerde hipertansiyon gelişme riski 55 yaşına kadar yüksek olmasına rağmen, kadınlarda 75 yaşından sonra insidansı daha yüksektir (20).

İrk: Dünyada en yüksek hipertansiyon prevalansının siyah ırkta görüldüğü bilinmektedir (20).

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Şişmanlık: Obezite diğer risk faktörlerinden bağımsız bir risk faktörü olup obezlerde hipertansiyon obez olmayanlara göre üç kat daha fazla olduğu (58) ve hipertansiyonun obez kişilerde iskemik kalp hastalığı riskini daha da artırdığı bildirilmiştir. Kilonun az miktardaki artışı bile hipertansiyonun görüme sıklığını ve kardiyovasküler mortaliteyi artırmaktadır (20).

Beslenme Alışkanlıkları: Hipertansiyon oluşumunda beslenme alışkanlıkları son derece önemlidir. Hipertansiyon yaygınlığını azaltmada tuz ve alkol alımını kısıtlama, sağlıklı kiloda olma ve potasyum içerikli besinler tüketme önerilmektedir. Ayrıca sebze ve meyveden zengin, düşük yağ içeren kolesterol ve doymuş yağı azaltılmış diyetin kan basıncını düşürücü etkisi olduğu bilinmektedir (63).

Sigara İçme: Sigara, içindeki nikotinin adrenerjik sinir uçlarından norepinefrin salınımını artırması nedeni ile kan basıncını yükseltmektedir (20).

Alkol Tüketimi: Alkol tüketiminin de hipertansiyon için belirleyici bir faktör olduğu bildirilmektedir (64).

Fiziksel Aktivite: Sedanter yaşam biçimi bir kardiyak risk faktörü olup (55), hipertansiyon oluşumunda fiziksel aktivitenin yetersizliği önemlidir (63). Kilo kaybına yol açmasa da düzenli fiziksel aktivite ile hipertansiyon ve Diabetes Mellitus

(DM) insidansı azaltılıp kardiyovasküler hastalıklara karşı önemli derecede korunma sağlanabilir. Aerobik egzersizler sırasında kan basıncının düştüğü ve günün geri kalanında bu düşüşün devam ettiği bilinmektedir (65).

Ruhsal Durum: Ruhsal gerginliğin kan basıncını artırıcı etkisi olduğu bildirilmiştir (20).

Diğer faktörler

Bazı İlaçlar: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda kan basıncı yükseliş gösterebilmektedir (20).

2.9. Hipertansiyonun Komplikasyonları

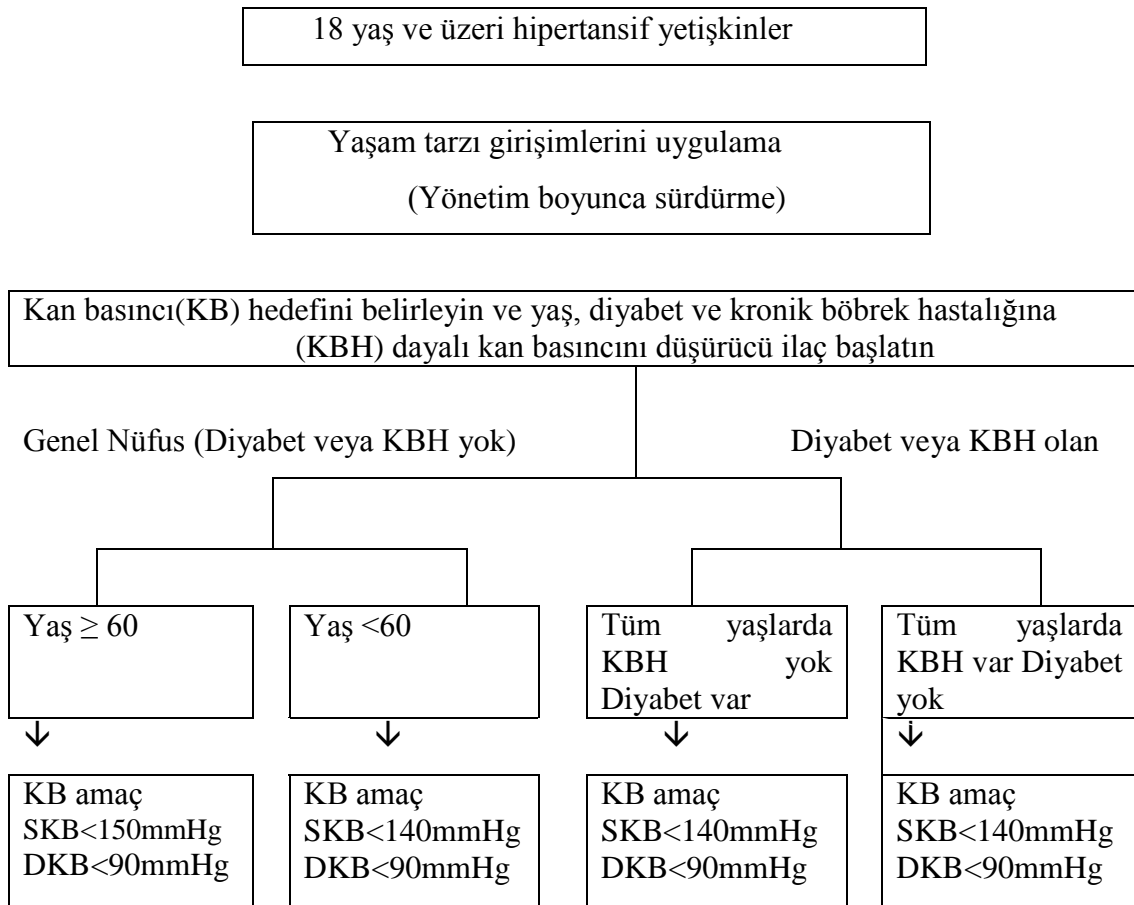
Hipertansiyonun çok az belirtisi söz konusu olup, hastaların çoğu komplikasyonlar ortaya çıkmadan hipertansiyonlu olduklarının bile farkında olamazlar (56). Hipertansiyon erken tanınıp uygun bir şekilde tedavi edilmediğinde böbrek yetmezliği, inme, miyokart infarktüsüne (66), periferik damar hastalığı ve retinopatiye yol açan bir toplum sağlığı sorunudur (65). Zaman içinde ilerleyen ve pek çok organda hasara neden olan hipertansiyon birçok organ üzerinde komplikasyonlar oluşturmakla birlikte en büyük hasarı kalp, böbrek ve beyinde oluşturduğu belirtilmektedir (58). Yaşlı hipertansif hastalar bütün inme türlerine karşı eğilimleri fazla olup, genellikle bilişsel fonksiyonların ilerleyen bir biçimde kaybolmasına ve bunamaya neden olan pek çok küçük belirtisiz ataklar geçirirler (56). Hipertansiyon, rezistans arteriyollerde hipertrofi ve yeniden şekillenmeye neden olmaktadır. Hedef organ hasarından büyük ölçüde sorumlu arteriyollerde, arterioskleroz gelişimine neden olan arteriyollerdeki hipertrofi ve yeniden şekillenme olup hipertansiyon büyük arterlerde aterosklorozu da hızlandırmaktadır (20).

2.10. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyon renal ve kardiyovasküler komplikasyonlarda değiştirilebilir risk faktörü ve çok iyi biliniyor olmasına rağmen, hastaların çok az kısmının kontrolünün başarılabilmesi (67) ve tüm dünyada en sık görülen kardiyovasküler hastalık olmasından dolayı erken tanınıp tedavisinin erken dönemde yapılması önemlidir (68). Tanısı konulan hastalarda ilk olarak hedef organ hasarı değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin gözden geçirilmesi gereklidir (20). Eğer hastada ek kardiyovasküler problemler söz konusu ise hafif hipertansiyon bile hemen tedavi edilmelidir (56). Tedavide birincil amaç uzun dönemde total kardiyovasküler riskin azaltılması ve hipertansiyon ile ilgili hastalıkların ve ölümlerin önlenmesidir (55). Klinik çalışmalar antihipertansif tedavinin ortalama % 35-40 oranında inmeyi, % 20-25 miyokart enfarktüsünü ve % 50'den fazla kalp yetmezliğini azalttığını belirlemişlerdir (12). Hipertansiyon tedavisinde, tedavi edilmemiş hipertansiyon riski ve uzun zaman antihipertansif ilaçlara maruz kalmanın oluşturduğu risk dengelenmelidir (56). Hipertansiyonun tedavisinin ömür boyu süreceği, hastanın her gün ilacını alması gerektiği, günde tek doz ilaç kullanımının seçilmesinin önemli olduğu, ilaç yan etkilerinin hastanın hayatını etkilememesi gerektiği, ilaçlar arası etkileşimin dikkate alınması ve ilaçların maliyetinin düşürülmesi tedavide başarı şansını artırmada önemli olduğu unutulmamalıdır (69).

Tedavide ilaca başlamadan önce yaşlıların bir haftada 2-3 kez kan basıncı izlemi yapılmalı ve yaşlılarda postural hipotansiyon sebebi ile koroner dolaşım yetmezliği ile sıklıkla bayılma gelişebileceğinden kan basıncı yavaş düşürülmelidir (33). Uygulanacak tedavi basit olmalı ve gerekmedikçe değiştirilmemeli (3), antihipertansif ilaç tedavisine hasta özellikleri, tedavinin maliyeti, hastanın tercihleri, mevcut diğer hastalıkları ve tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi dikkate alınarak karar verilmesi gereklidir (55). Risk gruplarına göre planlanan ilaç tedavisinin başarı göstergesi kan basıncını hedef değerin altına düşürmektir. Antihipertansif ilaca rağmen kan basıncı kontrol altına alınamıyorsa ilaç değişimi yapılabilir ve tedavi süresince hastalar duruma göre kontrole çağrılarak, hastalığın komplikasyonları ve ilaç yan etkileri açısından takip edilebilir (70).

Tedavide sağlıklı yaşam davranışları hafif yüksek kan basıncı olan hastalar için tek başına yeterli olabildiği gibi, kan basıncı kontrolünü sağlamada gerekli olan antihipertansif ilaç dozunu azaltabildiklerinden dolayı önemlidir ve önerilmesi gereklidir. Önerilen yaşam tarzı girişimleri sağlıklı kilonun korunması; sodyum klorür kullanımının <5 g/gün olması; alkol tüketiminin erkeklerde 20 g/gün ve kadınlarda 10 g/gün etanolü aşmaması ve düzenli fiziksel aktiviteyi içerir (61). Fiziksel aktivite haftada en az üç kez yarım saatlik orta derecede önerilmektedir (69). Ayrıca meyve ve sebzeden zengin, az yağlı süt ürünleri, hububat, beyaz et, balık, fındık, ceviz yenilmesi önerilmeli, doymuş yağ alımının azaltılması, kırmızı et ve şekerli yiyeceklerin tüketimi sınırlandırılmalı (55) ve sigarayı bırakmaları önerilmektedir (61). Sağlıklı kilonun korunması için de Beden Kitle İndeksi (BKİ) 18.5 kg/m^2 - 24.9 kg/m^2 , bel çevresi erkeklerde 102, kadınlarda 88 cm'den az olmalıdır (71). Stres yönetimi ve rahatlama tekniklerinin hipertansiyon ve kardiyovasküler risk faktörleri olan bireylerde yarar sağladığı bildirilmiştir (12).



Şekil 2. Hipertansiyon Yönetim Algoritması (66)

JNC 8 (2014) raporuna göre ≥ 60 yaş grubu hipertansiflerde tedaviye SKB ≥ 150 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg ise başlanması, hedefin ise bu değerlerin altına düşmek olduğu bildirilmiştir (66). Genelde “yaşlı hastalarda tedaviye başlama sınırı SKB’nin $>150-160$ mmHg olması, hedeflenen değerin ise SKB’nin <150 mmHg olmasıdır” önerisi de dikkate alınmıştır (72).

2.11. Depresyonu Olan Hipertansif Yaşlılarda Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Yaklaşımı

Tedaviye uyum bireyin diyet, yaşam biçimi veya ilaç kullanma gibi davranışları sağlık bakım uygulayıcıları tarafından önerilen şekilde yerine getirmesidir (73). Uyumsuzluk ise uyumun aksine hastanın reçete edilen tedavi planını, diyetini, kontrollerini ve yaşam biçimindeki değişiklikleri uygulamada ki başarısızlıkları olarak tanımlanmaktadır (74). Uyumsuzluk tıp alanındaki birçok gelişmelere rağmen önemli bir problem olarak güncelliğini korumakta olup bireyler bilinçli ya da bilinçsiz olarak uyumsuzluk gösterebilirler (73).

Reçete edilen ilaçların önemli bir tüketicisi olan yaşlılarda ilaç yönetimi önemli bir sorun olup (22) toplumda yaşayan yaşlıların üçte ikisinin günde bir, dörtte birinin ise üç ilaç aldığı bildirilmiştir (75). Çalışmalar yaşlı hastaların % 40- 75’inin ilaçlarını zamanında ya da doğru dozda almadığını göstermiştir. Yaşlılarda ilaca uyumsuzluğun hastaneye kabullerin % 26’sından, huzurevine kabullerin % 25’inden ve önlenebilir ilaç yan etkilerinin % 20’sinden sorumlu olma gibi birçok olumsuz sonuçları mevcuttur. İlaça uyumsuzlukta yaşlılar daha fazla risk taşımakta olup, hastanın eğitiminde yetersizlik, anlaşılır olmayan açıklamalar, tedavi planına hastanın dahil edilmemesi, ilaç maliyeti, yan etkileri ve karmaşık olan doz ayarlamaları, yetersiz takip, tedavinin faydalarına inanmada yetersizlik, hastalığı kabullenmeme, hasta ile sağlık bakım uygulayıcıları arasında yetersiz iletişim, bakım alma ya da ilaçlara ulaşmada engeller, özellikle depresyon gibi ruhsal sorunlar, bilişsel (76) ve sağlık okuryazarlığı yetersizliği, yalnız yaşama, sosyal

destek eksikliği (77) yaşlı bireylerde ilaç tedavisine uyumda önemli belirleyiciler olarak bildirilmiştir.

Çoklu ilaç kullanımı gerektiren hastalıklara sahip yaşlılar çoğu zaman çok ilaç alma konusunda güçlükler yaşamaktadır (74). Yaşlı bireyler ilaç-ilaç etkileşimlerine ve ilaç yan etkilerine karşı daha duyarlı olduklarından fazla ilaç kullanımının azaltılması için en iyi şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (48). Yapılan bir çalışmada yaşlıların büyük çoğunluğunun çeşitli nedenlerden dolayı ilaçlarını düzenli kullanmadıkları bildirilmiş (78) ve son derece karmaşık olan ilaç alma davranışlarından dolayı ilaca uyumu artırmada bireylerin birçok sayıda strateji geliştirmeleri gerekli olduğu rapor edilmiştir (79). Hasta eğitimi, hastanın kendi kendine izlemi, aile üyelerinden yardım alma, hastanın tedavisini yönetme becerilerini geliştirmesine yardım etme, ilaç tedavi planının basitleştirme (mümkünse günde tek doz ilaç kullanma, etkili ancak uygun fiyatlı ilacı reçete etme gibi), yazılı materyal sağlama ilaca uyumu artırmada önemli girişimlerdir (74). Yanı sıra tedaviye karar verme sürecinde hastayı tedaviye dahil etme, diyet, fiziksel aktivite, ilaç yan etkileri ve ilişkili sorunları tartışmaya, hastanın güvenilir bir tansiyon cihazı ile kendini izlemeye teşvik etme, en uygun ilacı en düşük maliyete sahip olma, kademeli olarak kilo kaybına teşvik etme ve her kontrolde tedavi planının tartışılacağını belirtme, sosyal destek sistemlerini iyileştirme, sağlık bakım profesyonellerinin yaşam biçimi değişikliği planı ve spesifik ilaç bileşenleri konusunda gerçekçi kısa vadeli hedefler konusunda hasta ile işbirliği içinde olma (12) ve işlevsel sağlık okuryazarlığını geliştirme (77) gibi bir çok faktörde tedaviye uyumu artırmada önemlidir. Bu doğrultuda hemşireler uygun girişimlerle yaşlılarda ilaçlarla ilgili problemleri azaltma, ilaca uyumu artırma ve yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir role sahip olup (80), hemşirenin en önemli sorumluluğu eğitimidir (81). Birinci basamakta ve klinikte yatan yaşlı bireylere ilaç yönetimini iyileştirmeye yönelik hemşireler tarafından verilen eğitim sonrasında yaşlı bireylerin bilgi düzeylerinde önemli artışların olduğu belirlenmiştir (82,83).

Hipertansiyon ruhsal ve fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (44). Ruhsal hastalığı olanların tedaviye uyumuna ilişkin farklı oranlar bildirilmiş olsa da, genel olarak uyumun düşük olduğu ve bu durumun

tedavinin başarısını önleyen önemli bir engel olduğu bilinmektedir (84). Depresyon, hipertansiyon da dahil olmak üzere kronik hastalığa sahip olan bireylerde yaygın olarak görülmekte ve sağlık bakım kaynaklarının fazla kullanımı, düşük yaşam kalitesi gibi kötü sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (85). Tedaviye uyumun birçok faktörden etkilendiği, depresyonun genel olarak tıbbi tedavilerde uyumsuzlukta önemli bir risk faktörü olduğu (86), depresif veya anksiyete bozukluğu (87) ve depresif belirtilerin var olmasının antihipertansif ilaca uyumda engel olduğu bildirilmiştir (85). Kontrol edilmemiş hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığı gösteren hastaların ilaca uyumsuzluklarının, düşük düzeyde anksiyete duyarlılığı gösteren hastalara göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (88). Kullanılan bazı antihipertansif ilaçların depresyona neden olduğu (38) ve yaşlı bireylerde depresif semptomların antihipertansif ilaca uyumda değiştirilebilir önemli bir engel olabileceği bildirilmiştir (89). Yaşlı hipertansiflerle yapılan bir çalışmada (90) depresyon belirtilerinin görülme sıklığını artıran faktörlerin birçoğunun değiştirilebilir risk faktörleri (kalitesiz uyku, düşük gelir düzeyi, stresli bir yaşam gibi) olduğu dikkate alındığında hemşirelerin depresyondan korunma, erken teşhis ve tedavideki sorumluluklarının önemi artmaktadır (84). Ayrıca geçmişinde inme ve depresif belirtileri olan yaşlı hipertansif hastaların anksiyete olmaya eğilimleri fazla olduğundan bu hastaların erken tanınması yaşam kalitelerinin artırılması açısından önemli olduğu unutulmamalıdır (91).

Halk sağlığında önemli bir konu olan hipertansiyonun kontrolü için ilaca uyumda engelleri azaltma hipertansiyon yönetiminde majör bir hedef olmalıdır (92). Birinci basamakta hipertansiyon tedavisi çok yönlü olup hemşireler toplum temelli hipertansiyonun tedavisini iyileştirmede katkı sağlayabilir. Hemşireler hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların olası yan etkileri ve özellikle yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının farkında olmalıdırlar (93). Hipertansiyonu olan yaşlıya/ailesine ilaç kullanımı, stres ile baş etme yöntemleri gibi birçok konuda hemşireler tarafından danışmanlık yapılması ve eğitim verilmesi önemlidir (94). Birinci basamakta hemşireler tarafından hipertansif bireylerle yürütülmüş olan randomize kontrol gruplu bir çalışmada kan basıncını kontrol altına almaya yönelik verilen ilaca uyum ve olumlu sağlıklı davranışları kazandırma eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri

sonrasında girişim grubundaki bireylerin ilaca uyum, olumlu sağlık davranışlarda, kan basınçlarında ve Beden Kitle İndekslerinde (BKI) önemli iyileşmelerin olduğu belirlenmiştir (95). Huzurevinde yürütülmüş olan hemşirelerin de içinde bulunduğu bir çalışmada yaşlılara verilen düzenli fiziksel aktivite programı sonrasında bireylerin kan basınçları ve Beden Kitle İndekslerinin (BKI) önemli düzeyde azaldığı rapor edilmiştir (96).

Ülkemizde depresyon tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından hastalara yapılan ev ziyaretleri ve ilaca uyumu artırmaya yönelik müdahaleler sonrasında girişim grubundaki hastaların ilaca uyumlarının önemli düzeyde arttığı bildirilmiştir (97). Hemşireler toplumda yaşayan yaşlıların bakımında ve destek sistemlerinin çalışmasında önde gelen sağlık profesyonelleridir (98). Bu nedenle hemşireler ev ziyaretleri ile yaşlı bireylere tedaviye uyum dahil olmak üzere yaşam boyu davranış değişikliğini yapmayı başarma konusunda, bakımın devamlılığını sağlamada, gereksinim duydukları bakıma ulaşmada yardım ve destek sağlayabilirler. Bu hizmetler kontrolsüz yüksek kan basıncının ve kardiyovasküler hastalıkların azaltılmasına ve hipertansiyon yönetimdeki yararlarına ilişkin eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına katkı sağlaması açısından önemlidir (23). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler yaşlı bireyi bir bütün olarak ele almalı, tedaviye uyumu etkileyebilecek tüm faktörler üzerinde önemle durmalı ve yaşlı bireyin ilaç yönetimi konusunda kendine olan güveni ve inancını en üst düzeye çıkarmada sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri ile ortak bir çalışma sürdürmelidirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı özelliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Erzincan il merkezinde yedi Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'leri 65 yaş üzeri nüfus bakımından diğer ASM'lere göre daha yoğun olması ve farklı sosyo-ekonomik yapıyı içermesi nedeniyle araştırma bu üç ASM'de Mayıs 2014-Eylül 2014 tarihleri arasında yürütülmüş olup Ağustos 2015'de tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

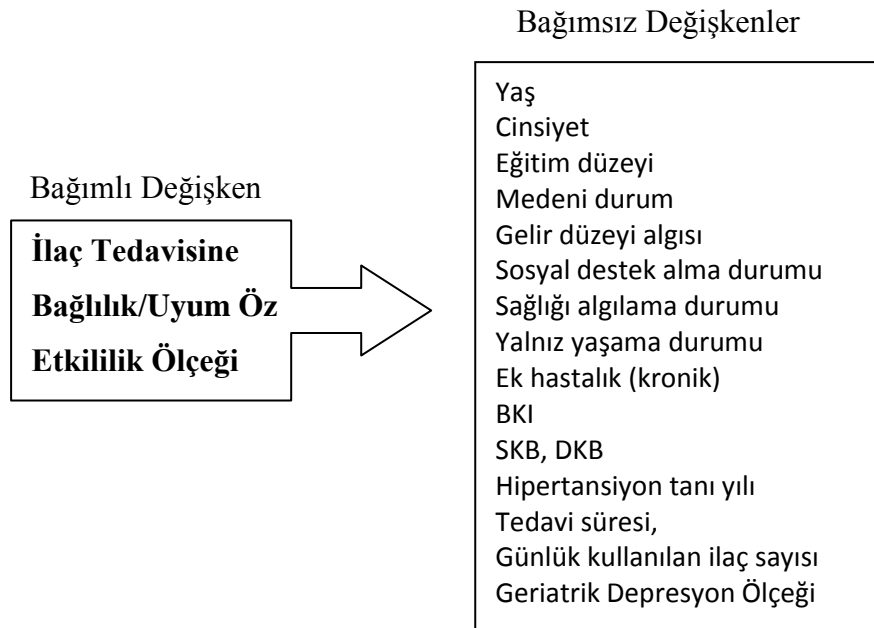
Araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerine herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise; belirtilen ASM'lere Mayıs 2014-Eylül 2014 tarihleri arasında başvuran ve aşağıda belirtilen örneklem seçim kriterlerini karşılayan 350 hipertansif yaşlı birey oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Yapılan analizde $\alpha=0,05$ önemlilik düzeyinde % 95 güven aralığında çalışmanın etki büyüklüğünün 0,22, gücünün ise 0,99 olduğu belirlenmiştir. Bu değerler örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (99).

- ✓ 65 yaş ve üzeri olan,
- ✓ En az bir yıl önce birincil (esansiyel) hipertansiyon tanısı almış ve antihipertansif tedaviye başlamış olan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alındı.

Dışlama ölçütleri ise herhangi bir fiziksel bozukluk (işitme, konuşma bozukluğu), zihinsel engellilik, tanı almış ruhsal bozukluk (depresyon ve psikotik bozukluk) ve kanser olma olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma kapsamındaki yaşlı bireyleri tanımlayan (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi algısı, sosyal destek alma, sağlığı algılama ve yalnız yaşama durumu, ek hastalık, BKİ, sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı, hipertansiyon tanı yılı, tedavi süresi, günlük kullanılan ilaç sayısı ve Geriatrik Depresyon Ölçeği) özellikler **bağımsız**; İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz- Etkililik Ölçeği Kısa formu puan ortalaması **bağımlı** değişkeni oluşturdu.



Şekil 3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verileri toplamada Tanımlayıcı Soru Formu (EK-I), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK-II) ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) (EK-III) kullanıldı.

Tanımlayıcı Soru Formu (EK- I): Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir düzeyi algısı, sosyal destek alma, sağlık algısı, yalnız yaşama durumu, ek hastalık) içeren dokuz ve hipertansiyon hastalığına ilişkin (hipertansiyon tanısını ne zaman aldığı, kaç yıldır hipertansiyondan dolayı ilaç kullandığı, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı) üç soru olmak üzere toplam 12 sorudan oluştu.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK- II): Ölçek 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları (100) tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında Ertan ve arkadaşları (101) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Son bir haftada kişinin yaşamında kendisini nasıl hissettiğine dair öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan ve evet/hayır şeklinde yanıtlanması istenen yaşlı nüfusa yönelik bir depresyon ölçeğidir Ölçekten en düşük 0, en yüksek 30 puan alınmakta olup, 0-10 “depresyon yok”, 11-13 “olası depresyon”, 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” olarak kabul edilmiştir (101). GDÖ puanının hesaplanmasında 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30’uncu sorulara verilen her “hayır” yanıtı için 1, “evet” yanıtı için 0 puan, 3- 6, 8, 10- 14, 16- 18, 20, 22-26, 28’inci sorulara verilen her “evet” yanıtı için 1 “hayır” yanıtı için 0 puan verilmiştir (100,101). Ertan ve arkadaşlarının yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.92 (101) olup bu çalışmada ise 0.86 olarak belirlenmiştir.

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Scale Kısa Formu (İBÖS-KF) (EK- III): Fernandez ve arkadaşları (2008) tarafından revize edilerek (102) geçerliliği ve güvenilirliği yapılan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Hacıhasanoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapıldı (103). Hipertansif hastaların antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan ölçek 13 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektedir. Puanlama 1’den 4’e kadar yapılmakta olup ölçekten en düşük 13 en yüksek 52 puan alınmaktadır. Puanın yükselmesi bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.93 olup bu çalışma için 0.95 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Mayıs-Eylül 2014 tarihleri arasında Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerinde araştırmacının uygun olduğu haftanın iki-üç günü belirli bir sıra ile ilgili ASM'lerde bekleme salonlarında yaşlıların araştırma örnekleme kriterlerine uygun olup olmadığı belirlenerek yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakikada tamamlandı.

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdelik ve ortalama olarak verildi. İBÖS-KF'nin normal dağılıma uygunluğunu belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler ile İBÖS-KF karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U analizi yapıldı. Grupların farklılığını belirlemede Mann Whitney U testi kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler ile GDÖ karşılaştırılmasında Ki-kare analizi kullanıldı. Ölçekler arasında ve ölçeklerle bazı değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı 22.0 sürümü ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek IV) ve Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan Etik onay alındı (Ek V). Araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan yaşlı bireylere araştırmanın amacı, planı, yararları açıklandı, araştırmadan istedikleri zaman ayrabilecekleri ifade edildi ve gönüllü olanlardan yazılı/sözlü onam alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada iki sınırlılık mevcuttur. Birinci sınırlılığı araştırmaya katılan bireylerin depresyonu sadece GDÖ ile değerlendirilmiş ve bir uzman değerlendirilmesi yapılmamıştır. İkinci sınırlılığı ise, araştırmanın sadece il merkezinde bulunan üç ASM’de yapılmış olmasıdır.

3.10. Uygulamada Kullanılan Ölçümler

3.10.1. Arteriyel Kan Basıncı Ölçümü: Yaşlı hipertansif bireylerin 10-15 dakika dinlenmeleri sağlandıktan sonra, sistolik ve diyastolik kan basınçları oturur pozisyonda ve sağ koldan ölçülerek kayıt edildi. Ardından 5-10 dakika arayla ikinci ölçüm yapıldı ve iki ölçüm ortalaması kayıt edildi. Ölçümden önce hastaların 30 dk içinde sigara ve kafein (kahve, kola) almamasına dikkat edildi. Bütün hastalarda bu ölçüm için ERKA marka tansiyon aleti kullanıldı. Korotkoff sesleri esas alınarak SKB ve DKB değerleri kaydedildi. Hipertansiyon kontrolü SKB<150mmHg ve/veya DKB<90mmHg olarak tanımlandı. Hipertansiyonla birlikte diyabet hastalığı olan yaşlılar için kontrol SKB<140mmHg ve DKB<90 mmHg olarak alındı (66).

3.10.2. Boy Ölçümü: Bireylerin düz bir zeminde baş, omuz, kalça ve topukları düz bir duvara temas edecek şekilde dik pozisyonda durmaları sağlandı ve mezuralar kullanılarak alınan ölçüm santimetre (cm) olarak kayıt edildi.

3.10.3. Ağırlık Ölçümü: Elbiselerin azami ölçüde çıkarılması ve bireylerin çıplak ayak ile sert bir zemine düz bir şekilde yerleştirilen standart bir baskülle ölçülerek kilogram (kg) olarak kayıt edildi.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): $Vücut\ ağırlığı\ (kg) / boy(metre)^2$

Hesaplanan BKİ’leri, DSÖ’nün önerdiği sınıflamaya göre 18.5’den az zayıf, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 fazla kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez olarak sınıflandırıldı (104).

4. BULGULAR

Tablo1. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s=350)

Tanımlayıcı özellikler		Sayı	%
Yaş	65-69	153	43.7
	70-74	90	25.7
	75-79	56	16.0
	80 ve üzeri	51	14.6
Cinsiyet	Kadın	182	52.0
	Erkek	168	48.0
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	119	34.0
	Okuryazar	76	21.7
	İlkokul/ortaokul	131	37.4
	Lise/üniversite	24	6.9
Medeni durum	Evli	237	67.7
	Bekar/dul/boşanmış	113	32.3
Gelir düzeyi algısı	Gelir giderinden az	152	43.4
	Gelir giderine eşit	183	52.3
	Gelir giderinden fazla	15	4.3
Sosyal destek alma durumu	Evet	111	31.7
	Hayır	239	68.3
Sağlığı algılama durumu	İyi	72	20.6
	Orta	214	61.1
	Kötü	64	18.3
Yalnız yaşama durumu	Yalnız	61	17.4
	Yalnız değil	289	82.6
Ek hastalık(kronik)	Evet	168	48.0
	Hayır	182	52.0
BKI, kg/m ²	Normal	43	12.3
	Aşırı kilolu	151	43.1
	Obez (şişman)	156	44.6
Sistolik kan basıncı	Kontrol	153	43.7
	Kontrol olmayan	197	56.3
Diyastolik kan basıncı	Kontrol	230	65.7
	Kontrol olmayan	120	34.3
		Ort ± (SS)	
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)		10.36±7.17	
Tedavi süresi (yıl)		10.24±7.19	
Günlük kullanılan ilaç sayısı		1.25±0.45	
Yaş (yıl)		71.77±5.67 (min:65-max:87)	

SS: Standart Sapma

Araştırma kapsamına alınan hipertansiflerin % 43.7'si 65-69 yaş arasında, % 52'sinin kadın % 37.4'ünün ilkokul/ortaokul mezunu, % 67.7'sinin evli,

%52.3'ünün geliri giderine eşit, % 68.3'ünün sosyal destek almadığı, % 61.1'inin sağlığını orta düzeyde algıladığı, % 82.6'sının yalnız yaşamadığı, %52'sinin ek kronik bir hastalığının olmadığı, %44.6'sının obez olduğu, %56.3'ünün sistolik, %34.3'ünün diyastolik kan basınçlarının kontrol altında olmadığı, hipertansiyon tanı süresinin 10.36 ± 7.17 , tedavi süresinin 10.24 ± 7.19 yıl ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısının 1.25 ± 0.45 ve yaş ortalamasının (min:65-max:87) 71.77 ± 5.67 yıl olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Depresyon Durumu ve Puan Ortalamaları (s=350)

Depresyon Görülme Durumu	Sayı	Yüzde (%)	Ort±SS
Yok (0-10 puan)	94	26.9	7.38±2.11
Olası (11-13 puan)	56	16.0	11.87±0.91
Var (14 ve üzeri puan)	200	57.1	19.67±4.25
Toplam	350	100.0	15.12±6.43

Hipertansif yaşlıların %57.1'inde depresyon olup puan ortalamasının 19.67 ± 4.25 olduğu, % 26.9'unda depresyon olmadığı ve toplam depresyon puan ortalamasının 15.12 ± 6.43 olduğu belirlendi (Tablo 2).

Bu araştırmada depresyon görülme sıklığının en yüksek 80 yaş ve üzeri, en düşük 65-69 yaş grubunda olduğu ve yapılan ileri analizde farkın 80 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi algısı, sağlık algısı ve yalnız yaşama durumu ile depresyon durumu arasında önemli düzeyde bir fark belirlendi ($p<0.05$, $p<0.01$) (Tablo 3). Eğitim durumunda farklılığın lise/üniversite mezunlarından kaynaklandığı; gelir düzeyi ve sağlık algısı için bütün gruplarda diğerine göre önemli düzeyde fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi hipertansif yaşlı bireylerin sosyal destek alma, ek hastalık ve BKİ durumları, sistolik ve diyastolik kan basınçlarının kontrol altında olup olmaması ile depresyon durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması (s=350)

Tanımlayıcı özellikler	GDÖ Depresyon Durumu						Test ve önemlilik
	Yok		Olası		Var		
Yaş	s	% [¶]	s	% [¶]	s	% [¶]	
65-69	47	30.7	29	19.0	77	50.3	X ² =14.265 p=0.027*
70-74	18	20.0	19	21.1	53	58.9	
75-79	17	30.4	6	10.7	33	58.9	
80 ve üzeri	12	23.5	2	3.9	37	72.6	
Cinsiyet							
Kadın	37	20.3	29	16.0	116	63.7	X ² =8.901 p=0.012*
Erkek	57	33.9	27	16.1	84	50.0	
Eğitim durumu							
Okur yazar değil	23	19.3	18	15.1	78	65.6	X ² =19.887 p= 0.003**
Okuryazar	17	22.4	11	14.5	48	63.1	
İlkokulu/Ortaokul	40	30.5	23	17.6	68	51.9	
Lise/Üniversite	14	58.3	4	16.7	6	25.0	
Medeni durumu							
Evli	73	30.8	43	18.1	121	51.1	X ² =11.122 p=0.004**
Bekar/Dul/Boşanmış	21	18.6	13	11.5	79	69.9	
Gelir düzeyi algısı							
Geliri giderinden az	22	14.5	26	17.1	104	68.4	X ² =37.274 p<0.001
Geliri giderine eşit	60	32.8	29	15.8	94	51.4	
Geliri giderinden fazla	12	80.0	1	6.7	2	13.3	
Sosyal destek alma							
Evet	25	22.5	21	18.9	65	58.6	X ² =2.060 p=0.357
Hayır	69	28.9	35	14.6	135	56.5	
Sağlık algısı							
İyi	43	59.7	11	15.3	18	25.0	X ² =63.387 p<0.001
Orta	45	21.0	40	18.7	129	60.3	
Kötü	6	9.4	5	7.8	53	82.8	
Yalnız yaşama durumu							
Yalnız	14	23.0	4	6.5	43	70.5	X ² =6.840 p=0.033*
Yalnız değil	80	27.7	52	18.0	157	54.3	
Ek hastalık(kronik)							
Var	48	28.6	24	14.3	96	57.1	X ² =0.947 P=0.623
Yok	46	25.3	32	17.6	104	57.1	
BKİ							
Normal	9	20.9	7	16.3	27	62.8	X ² =3.235 P=0.519
Aşırı kilolu	44	29.1	28	18.6	79	52.3	
Obez	41	26.3	21	13.5	94	60.2	
Sistolik kan basıncı							
Kontrol	46	30.1	22	14.4	85	55.5	X ² =1.608 P=0.448
Kontrol olmayan	48	24.4	34	17.2	115	58.4	
Diastolik kan basıncı							
Kontrol	67	29.1	38	16.5	125	54.4	X ² =2.322 P=0.313
Kontrol olmayan	27	22.5	18	15.0	75	62.5	

* p<0.05 , **p<0.01 [¶] Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4. Yaşlı Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İBÖS-KF Puanlarının Karşılaştırılması (s=350)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	Yüzde	İBÖS-KF	Test ve önemlilik
Yaş				
‡Ort.(%25p-%75p)				
65-69	153	43.7	33.0(26.0-39.0)	KW=2.853 p=0.414
70-74	90	25.7	33.5(26.0-39.0)	
75-79	56	16.0	35.5(25.0-39.0)	
≥80	51	14.6	32.0(24.0-39.0)	
Cinsiyet				
Kadın	182	52.0	33.0 (26.0-39.0)	MW-U= 14703.000 p=0536
Erkek	168	48.0	34.0 (26.0-39.0)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	119	34.0	31.0 (24.0-37.0)	KW=15.241 p=0.002**
Okuryazar	76	21.7	33.0 (26.0-39.0)	
İlkokul/Ortaokul	131	37.4	35.0(26.0-39.0)	
Lise/Üniversite	24	6.9	37.5(30.5-43.0)	
Medeni durum				
Evli	237	67.7	35.0(26.0-39.0)	MW-U= 11666.500 p=0.051
Bekar/Dul/Boşanmış	113	32.3	32.0(25.0-38.0)	
Gelir düzeyi algısı				
Geliri giderinden az	152	43.4	31.0(24.0-37.0)	KW=14.437 p=0.001**
Geliri giderine eşit	183	52.3	35.0(26.0-39.0)	
Geliri giderinden fazla	15	4.3	35.0(29.0-44.0)	
Sosyal destek alma				
Evet	111	31.7	32.0(26.0-38.0)	MW-U= 12212.500 p=0.232
Hayır	239	68.3	34.0(26.0-39.0)	
Sağlık algısı				
İyi	72	20.6	36.5(26.0-41.0)	KW=12.018 p=0.002**
Orta	214	61.1	34.0(26.0-39.0)	
Kötü	64	18.3	27.5(23.0-37.0)	
Yalnız yaşama durumu				
Yalnız	61	17.4	33.0(28.0-38.5)	MW-U= 8162.000 p=0.363
Yalnız değil	289	82.6	34.0(26.0-39.0)	
Ek hastalık(kronik)				
Evet	168	48.0	35.0(26.0-39.0)	MW-U= 12056.500 p=0.001**
Hayır	182	52.0	33.0(24.0-38.0)	
BKİ				
Normal	43	12.3	33.0(24.0-38.0)	KW=1.495 p=0.474
Aşırı kilolu	151	43.1	35.0(26.0-39.0)	
Obez	156	44.6	32.5(26.0-39.0)	
Sistolik kan basıncı				
Kontrol	153	43.7	35.0(26.0-39.0)	MW-U= 13599.500 p=0.117
Kontrol olmayan	197	56.3	32.0(26.0-39.0)	
Diastolik kan basıncı				
Kontrol	230	65.7	35.0(26.0-39.0)	MW-U= 11878.032 p=0.032*
Kontrol olmayan	120	34.3	31.5(24.0-38.0)	
Depresyon durumu				
Yok	94	26.9	38.0 (32.0-42.0)	KW=60.563 p<0.001
Olası	56	16.0	37.0(31.0-39.0)	
Var	200	57.1	28.0(23.0-36.0)	

* p<0.05 , **p<0.01 ‡ Ortanca değer

Tablo 4’de görüldüğü gibi yaşlı hipertansif bireylerin eğitim, gelir ve sağlık algısı, ek kronik hastalık, diyastolik kan basıncı durumu ve depresyon durumu ile ilaca uyum öz etkililik puanları arasında önemli düzeyde bir fark belirlendi ($p<0.05$, $p<0.01$). Hipertansif yaşlı bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyal destek alma durumu, yalnız yaşama durumu, BKİ ve sistolik kan basınçlarının kontrol altında olup olmama durumu ile ilaca uyum öz-etkililik puanları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Eğitim durumunda farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man Whitney U testi sonucuna göre farklılığın okuryazar olmayan; gelir durumu için geliri giderinden az olan; depresyon durumu için depresyonu var olan gruptan kaynaklandığı; sağlık algısı için bütün gruplarda diğerine göre istatistiksel olarak önemli düzeyde bir fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Yaşlı Hipertansif Bireylerin İBÖS-KF, GDÖ Puan Ortalamaları ve İBOS-KF, GDÖ ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	GDÖ	p
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)	$r=-0.020$	0.715
Tedavi süresi (yıl)	$r=0.001$	0.981
Günlük kullanılan ilaç sayısı	$r= 0.082$	0.127
İBÖS-KF		
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)	$r=0.180$	0.001*
Tedavi süresi (yıl)	$r=0.179$	0.001*
Günlük kullanılan ilaç sayısı	$r=0.004$	0.939
GDÖ	$r=-0.494$	p<0.001

* $p<0.01$

Pearson Korelasyon analizine göre hipertansiyon tanı yılı, tedavi süresi ve günlük kullanılan ilaç sayısı ile GDÖ ve günlük kullanılan ilaç sayısı ile İBÖS-KF puan ortalaması arasında önemli bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Tanı yılı ve tedavi süresi ile İBÖS-KF puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($p<0.01$), İBÖS-KF ile GDÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulundu ($p<0.001$) (Tablo 5).

6. TARTIŞMA

Hipertansiyon yaşla birlikte artmakta olup (64), hipertansiyon gibi kronik hastalığı olanlarda bazı ruhsal problemler görülebilmektedir (105). Bu ruhsal problemlerden biri de depresyon olup hipertansiyonu olan bireylerde daha fazla görülmektedir (106). Bu çalışmada hipertansif yaşlıların % 57.1'inde depresyon saptanmış ve bu yaşlıların puan ortalamasının 19.67 ± 4.25 olduğu belirlenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının % 36,5'inin hafif, % 13.5'inin ise şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır (105). Yapılan diğer bir çalışmada da hipertansif hastaların % 56'sının anksiyete, % 20'sinin stres ve % 4'ünün depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (107). Bu sonuçlar hipertansiyon ile ruhsal bozukluklar arasında önemli ilişki olduğunu ve bu hastaların ruhsal açıdan da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırmada 80 yaş ve üzeri olan bireylerde depresyon görülme sıklığının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaş arttıkça hipertansiyon ve depresyonun (106), yirmi beş yaş ve üzeri hipertansif bireylerle yapılan diğer bir çalışmada da 64 yaş ve üzeri bireylerin en yüksek depresyon oranına sahip olduğu rapor edilmiştir (108). Bu çalışma sonuçları mevcut çalışma sonucu ile benzerlik göstermekte olup mevcut çalışma sonucuna göre ileri yaşta olmanın depresyon için belirleyici bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Kadın olma yaşlılarda depresyon riskini artıran risk faktörlerinden biridir (47). Bu çalışmada da kadınlarda depresyon görülme sıklığının erkeklere göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada kadınlarda depresyon (106), hipertansiflerle yapılan çalışmalarda da kadınlarda depresyon ve depresif belirtiler görülme sıklığının erkeklerden önemli düzeyde daha fazla olduğu bildirilmiştir (108,109).

Bu çalışmada lise/üniversite mezunu olan yaşlı bireylerin, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarına göre önemli düzeyde düşük depresyon yaygınlığına sahip olup olduğu belirlendi. Hipertansif yaşlı bireylerle (90) ve yirmi

beş yaş ve üzeri hipertansif bireylerle yapılan çalışmalarda okuryazar olmayan hipertansiflerde okuryazar olanlara göre depresif belirtilerin önemli düzeyde fazla görüldüğü tespit edilmiştir (108). Yüksek kardiyovasküler riski olan hipertansif bireylerle yapılan diğer bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olanlarda, depresyon görülme sıklığı eğitim düzeyi orta ve yüksek olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (110).

Çalışma kapsamındaki bireyler içinde bekar /dul/ boşanmış olanlarda depresyon görülme sıklığı evli olanlara göre önemli düzeyde yüksekti. Güncel bir araştırmada da hipertansif yaşlılarda depresif belirtilerin evli olmayanlarda evli olanlara göre daha sık görüldüğü belirlenmiştir (90). Mevcut çalışma sonucu evli olmanın paylaşımı artırarak ruhsal destek sağlamış olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışmanın bir başka sonucu gelir algısı ile depresyon görülme durumu arasında önemli bir fark belirlenmiş olup bu farklılığın bütün gruplarda diğerine göre önemli olduğu ancak en yüksek depresyon yaygınlığına gelirinin giderinden az olduğunu algılayan grubun, en düşük ise gelirini giderinden fazla olarak algılayan grubun sahip olduğu saptanmıştır. Hipertansif yaşlılarla yapılan bir çalışmada da gelir düzeyi daha iyi olan bireylerde depresif belirtiler görülme sıklığının daha az olanlara göre önemli düzeyde fazla olduğu bildirilmiştir (90). Mevcut çalışma sonucunda bireylerin yaşam biçimi, yaşamdan beklentileri, değerler gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sosyal destek ile depresyon durumu arasında önemli bir fark olmadığı belirlendi. Depresif semptomların azaltılmasında uygun sosyal destek önemlidir. Hipertansif kadınlarla yapılan bir çalışmada düşük sosyal destek ile yüksek depresif belirtiler arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmiştir (111). Bu çalışma sonucunda sosyal desteğin kimden ve nasıl alındığı ve nasıl ölçüldüğünün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Depresyon hem sağlığı geliştirme davranışlarının eksikliği hem de hipertansiyon ile ilişkilidir (112). Bu çalışmada da sağlığını algılama durumu ile depresyon görülme

sıklığı arasında önemli bir fark belirlenmiş olup farklılığın bütün gruplarda diğerine göre önemli olduğu ancak sağlığını kötü algılayan grubun en yüksek, iyi algılayan grubun ise en düşük depresyon oranına sahip olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada sağlığını kötü algılama ile depresyon ve yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (43). Mevcut çalışma sonucu yaşlı bireylerin sosyo-kültürel özellikleri ve ruhsal ya da fiziksel sağlığını tehdit edebilecek önemli yaşam olayları deneyimlemiş olabilecekleri ile açıklanabilir.

Bu çalışmada yalnız yaşayanlarda depresyon görülme sıklığının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Yalnızlığın depresyon başta olmak üzere ruhsal bozukluklara yol açabilen önemli bir sorun olduğu bilinmektedir (113). Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada da kendini yalnız algılama ile depresyon varlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (114).

Bu çalışmada ek kronik bir hastalığın olması ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda ise ek bir hastalığa sahip olma (43), hipertansif kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada da ek hastalığın fazla olması ile depresyon arasında önemli bir ilişki bildirilmiştir (112). Bu çalışma sonucunda yaşlı hipertansif bireylerin ek kronik hastalıklarını algılama durumları, ciddiyeti ve sayısının yanı sıra farklı sosyo-ekonomik, kültürel faktörler etkili olabilir.

Bu çalışmada BKİ ile depresyon durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Obezite depresyon ve diğer kronik hastalıklar için bir risk faktörü olduğu, depresif semptomların görülme sıklığının kronik hastalığın özelliğine değişebileceği ve özellikle diyabetle birlikte obezlerde depresyonun önemli düzeyde yüksek (115), diğer bir çalışmada da depresyon yaygınlığının obezlerde en yüksek olduğu bildirilmiştir (108). Bu çalışmada depresif belirtilerde obezitenin etkili olmamasında bireylerin sosyo-kültürel özelliklerinin yanı sıra obeziteyi problem olarak görmemiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Depresyon kan basıncı kontrol altında olmayan hastalarda yaygın olarak görüldüğünden dolayı kan basıncı kontrolünü engelleyebilir (116). Bu çalışmada kan basınçlarının kontrol altında olup olmama durumu ile depresyon durumu arasında önemli bir fark olmadığı belirlendi. Hipertansif yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada da sistolik kan basıncı yüksekliği ile anksiyete ve depresif semptomlar arasında (109); ayrıca yirmi beş yaş ve üzeri hipertansif bireylerle yürütülmüş bir çalışmada da kan basıncı kontrol durumu ile depresyon görülme arasında anlamlı bir fark rapor edilmemiştir (108). Bu çalışmalar dışında bir çalışmada antihipertansif tedavi alan ya da almayan hipertansif bireylerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülme sıklığının, hipertansif olmayan bireylere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu (117), diğer bir çalışmada da kan basıncının kontrolü yetersizliğinde depresyonun önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (116). Bu sonuçta araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik ve kültürel özellikleri, hastalık ciddiyetini algılama ve tedavi gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlı hipertansif bireylerin hastalık tanı ve tedavi süresi, günlük kullanılan ilaç sayısı ile depresyon durumu arasında önemli bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Yapılan bir çalışmada da hipertansiyon tanı süresi ile depresif belirtiler görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı rapor edilmiştir (90). Mevcut çalışma sonucunda yaşlı bireylerin hastalığı algılama ve sosyo-kültürel özelliklerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada depresyonu var olan yaşlı hipertansif bireylerin ilaca uyum öz etkililik puanlarının depresyonu olmayan ve olası depresyon riski taşıyan bireylere göre önemli düzeyde düşük (Tablo 4) ve çalışma kapsamındaki bireylerin depresyon ile ilaca uyum öz etkililik puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Bu sonuçlar araştırmanın 1 ve 4. sorularını açıklamaktadır. Depresif belirtiler antihipertansif ilaca uyumda klinik etkenler arasında yer alan engellerden biri olarak bildirilmiştir (85). Kadınlarla yapılan bir çalışmada ilaca uyumun düşük olması ile depresif belirtiler arasında önemli ilişki olduğu (112) diğer bir çalışmada ise depresyonun ilaca uyumda etkili olmadığı ancak ilaca uyumsuz grupta depresif belirti görülme sıklığının daha fazla olduğu rapor

edilmiştir (89). Yapılan meta-analiz çalışmasında depresif hastaların büyük bir ihtimalle depresif olmayan hastalara göre üç kat daha fazla uyumsuz (86), kohort çalışmasında hipertansif erkeklerde depresyon başlangıcının ilaca uyumsuzluk riskini artırdığı (118) diğer bir çalışmada da ruhsal fonksiyon bozukluğu antihipertansif ilaca uyumda önemli engellerden biri olarak bildirilmiştir (92). Hipertansiyon hastalarında kan basıncının yetersiz kontrolünde ve hipertansiyonun komplikasyonlarının gelişmesinde depresif belirtilerin etkili olduğu bu durumun tedavide göz önünde bulundurulması ve antidepresanların kan basıncı üzerine yan etkilerini en aza indirmede depresif hipertansif hastalara daha özenli davranılması ve ekstra bakım verilmesi gerektiği bildirilmiştir (119).

Yaşlılarda ilaca uyumsuzluk önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada yaş ile İBÖS-KF puanı arasında önemli bir fark olmadığı belirlendi. Yapılan bir çalışmada 50 yaş üzeri (89), diğer bir çalışmada 65 yaş ve üzeri olan bireylerde ilaca uyumun önemli düzeyde iyi (120), 68 yaş ve üzerinde olan bireylerin ise daha genç gruplara göre ilaca uyum puanının önemli düzeyde düşük olduğu bir başka çalışmada rapor edilmiştir (121). Sistemik inceleme çalışmasında kronik kalp yetmezliği olan hastalarda ileri yaşta olmanın tek başına uyumsuzlukta etkili bir faktör olmadığı bildirilmiştir (122). Bu çalışma sonucunda bireylerin kişisel özelliklerinin yanı sıra hastalıklarını ciddiye alma ve önemseme durumlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyet ile İBÖS-KF puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Yapılan bazı çalışmalarda da cinsiyet ile ilaca uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı (120,123) bazılarında ise önemli bir fark bildirilmiştir. Gentil ve arkadaşlarının çalışmasında depresif veya anksiyete bozukluğu olan kadınların (87) diğer çalışmalarda da yine kadınların erkeklere göre antihipertansif tedaviye uyumlarının önemli düzeyde yüksek (121,124), yapılan bir çalışmada ise kadınların erkeklere göre ilaca uyumunun önemli düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (80). Bu çalışma sonucunda tüm yaşlıların hastalığının farkında olma ve tedaviye inanma konusunda kendilerine olan güven duygusunun etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada eğitim durumu ile İBÖS-KF puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup okuryazar olmayan yaşlı bireylerin önemli düzeyde düşük,

lise/üniversite mezunlarının ise en yüksek İBÖS-KF puanına sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olanların ilaçlarını düzenli kullandıkları ve eğitim düzeyi ile ilaç kullanımını arasında önemli düzeyde bir fark (78), diğer bir çalışmada da üniversite mezunu olanlarda ilaca uyumun önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (121). Bu sonuçlar mevcut çalışma sonucunu desteklemekte olup, eğitimin sağlık okuryazarlığını, hastalık ciddiyetini algılamada önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada medeni durum ile İBÖS-KF puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Yirmi yaş ve üzeri hipertansiflerle yapılan bir çalışmada da medeni durumun ilaca uyumda önemli bir faktör olmadığı (125) diğer bir çalışmada ise bekarlarda ilaca uyumun önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (121). Bu çalışma sonucunda medeni durumdan bağımsız olarak bireylerin tedaviye inanma ve sağlıklarını önemseme durumlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyi algısı iyi olanlarda İBÖS-KF puanı önemli düzeyde yüksek, kötü olanlarda ise düşük olduğu belirlenmiştir. Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada da ekonomik durumu iyi olan bireylerin ilaca uyumlarının önemli düzeyde yüksek (126), bir meta analiz çalışmasında düşük gelir durumunun ilaca uyumsuzlukta önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (127). Bu sonuçlar mevcut çalışma sonuçlarını destekler özellikte olup gelir düzeyinin sağlık hizmetlerine ve ilaca ulaşmada önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Sosyal destek tedaviye uyumda (128) ve hipertansiyonda bakımın kalitesini artırmada önemli bir faktördür (129). Bu çalışmada sosyal destek durumu ile İBÖS-KF puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Yapılan bir çalışmada arkadaştan alınan sosyal desteğin hipertansiyon tedavisinde uyumu anlamlı olarak artırdığı ancak aileden alınan sosyal destek ile uyum arasında bir fark olmadığı bildirilmiştir (130). Yapılan kalitatif bir çalışmada da hastalar tarafından yakın çevresinden sosyal destek almada yetersizliğinin olması antihipertansif ilaçları almama nedenlerinden biri olarak rapor edilmiştir (131). Bu çalışma sonucunda bireylerin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin yanı sıra desteğin kimden, nasıl alındığının, algılandığının ve nasıl ölçüldüğünün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlığı algılama ile İBÖS-KF puanı arasında önemli bir fark belirlenmiş olup bu farklılığın bütün gruplarda diğerine göre önemli olduğu ancak en düşük puana sağlığını kötü algılayan, en yüksek puana ise sağlığını iyi algılayan bireylerin sahip olduğu saptanmıştır. Kötü yaşam kalitesi antihipertansif uyuma engelde önemli bir faktör olup (85), özellikle yaşlı hipertansif bireylerde uyuma ilişkin davranışların biçimlendirilmesinde tedaviye ilişkin olumlu inançların önemli olduğu, hastalığı olumlu algılama, düşük düzeyde hastalık yükü algısı ve ilaçlar hakkında olumlu inançların ilaca uyumu artırdığı rapor edilmiştir (132). Bu çalışmalar mevcut çalışma sonucunu destekler özellikte olup bu çalışma sonucunda bireysel özellikler, yaşam biçimi, tedaviye inanma gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

İlaça uyumsuzluk özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireylerde çeşitli risk faktörleri ile birlikte karmaşık bir sorundur (22). Bu çalışmada ise yalnız olma ya da olmama ile İBÖS-KF puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Yapılan bir çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan yaşlıların yalnızlık puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi (133). Bu çalışma sonucunda yaşlıların hastalıklarını algılama, ciddiye alma durumlarının yanı sıra, kendilerini yalnız hissetme durumlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlı bireylerde çok sayıda kronik hastalık olduğu ve ilaç ile ilgili problemler yaşadıkları bilinmektedir (80). Bu çalışmada ek kronik bir hastalığı sahip olan bireylerin olmayanlara göre İBÖS-KF puanının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi. Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada ek kronik bir hastalığa sahip olmama ya da yalnızca bir hastalığın olması (124), diğer bir çalışmada üçten fazla hastalığa sahip olma ilaca uyumu artırmada belirleyici önemli bir değişken olduğu (120), yapılan bir çalışmada ise ek bir hastalığa sahip olma durumu ile ilaca uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (126). Bu çalışma sonucunda örneklemin bireysel özelliklerinin yanı sıra ek hastalığın algılanma durumu ve bireylerde oluşturduğu sonuçların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada BKİ durumu ile İBÖS-KF puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Yapılan bir çalışma da hipertansif bireylerin BKİ ile ilaca uyum durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı (126), başka bir çalışmada ise BKİ artıka

tedaviye uyumun önemli düzeyde azaldığı bildirilmiştir (134). Farklı çalışma sonuçları bize BKI'nin her zaman ve her durumda ilaca uyumda etkili bir faktör olmadığını, mevcut çalışma sonucunda ise bireylerin kişisel özelliklerinin yanı sıra hastalıklarını ve tedavilerini ciddiye alma durumlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada SKB kontrol altında olup olmama durumu ile İBÖS-KF puanı arasında önemli bir fark olmadığı, DKB kontrol altında olan bireylerin İBÖS-KF puanı kan basıncı kontrol altında olmayanlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ölçeğin toplam ve medikal alt boyutu uyum düzeyleri azaldıkça kan basınçlarının yükseldiği bildirilmiştir (134). Hipertansif bireylerle yapılan diğer bir çalışmada basıncı kontrol durumu ile ilaca uyum arasında önemli bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (126). Bu çalışma sonucunda kullanılan ilaçlar, etkileri ve kan basıncı düzeylerinin yanı sıra çalışma grubunun sosyo-kültürel özelliklerinin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada günlük kullanılan ilaç sayısı ile İBÖS-KF puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. 18 ve 40 yaş üzeri hipertansif bireylerle yapılan çalışmalarda da günlük kullanılan ilaç sayısı ile ilaca uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (123,124). Yaşlı hipertansiflerle yapılan bir çalışmada ise çok sayıda antihipertansif ilaç kullanımının ilaca uyumu olumsuz olarak etkilediği ve ilk bir yılda ilaca uyum % 92.5 iken bu oran ikinci yılda % 59.2 olduğu (87), yaşlılarla yapılan diğer bir çalışmada dört ve üzeri ilaç almanın uyumsuzlukta önemli bir risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (22). Mevcut çalışma sonucunda kullanılan ilaç sayısının ortalama olarak çok fazla olmaması ve kullanılan ilaçların etkilerinin yanı sıra bireylerin sosyo-kültürel özelliklerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada tanı yılı ve tedavi süresi ile İBÖS-KF puanları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki belirlendi. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde tedavi süresi arttıkça ilaca uyumun önemli düzeyde arttığı bildirilmiştir (120,134). Kırk yaş ve üzeri popülasyonda yapılan diğer bir çalışmada ise hipertansiyon tanı süresi ile (123), diğer bir çalışmada antihipertansif ilaç kullanma süresinin

depresyonu olan ve olmayan bireylerde antihipertansif ilaca uyumda önemli bir faktör olmadığı bildirilmiştir (118). Mevcut çalışma sonucunda bireysel özelliklerin yanı sıra hastalığın şiddeti, kullanılan ilaçların özellikleri ve hastalığa ait birçok faktör rol oynayabilir.

Bu çalışma 80 yaş ve üzeri olma, kadın olma, lise/üniversite mezunu olmama, bekar/dul/boşanmış olma, geliri giderinden az olma, sağlığını kötü algılama ve yalnız yaşamının depresyon sıklığını artıran; Okuryazar olmama, gelirin giderinden az olması, sağlığını kötü algılama, diyastolik kan basıncının kontrol altında olmaması ve depresyon varlığı ilaca uyumu azaltan; ek hastalık varlığı, tanı yılı ve tedavi süresinin artması ise ilaca uyumu artıran önemli tanımlayıcı özellikler olarak saptanmış olup bunların tamamı araştırmanın 2 ve 3. sorularının yanıtını oluşturmaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada tüm yaşlıların % 57.1'inde, 80 yaş ve üzeri yaşlıların %72.6'sında depresyon belirlenmesi çalışmanın en çarpıcı bulgularından biri olarak değerlendirilmiştir. Seksen yaş ve üzeri olma, kadın olma, lise/üniversite mezunu olmama, bekar/dul/boşanmış olma, geliri giderinden az olma, sağlığını kötü algılama ve yalnız yaşama depresyon görülme sıklığının artmasında önemli değişkenler olarak saptanmıştır. Okuryazar olmama, gelirin giderinden az olması, sağlığını kötü algılama, diyastolik kan basıncının kontrol altında olmaması, depresyonu olmanın ilaca uyum öz etkililik puanını önemli düzeyde azalttığı, ek kronik bir hastalığa sahip olma, tanı yılı ve tedavi süresinin artması ise ilaca uyum öz etkililik puanının önemli düzeyde artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca depresyon ile ilaca uyum öz etkililik puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu saptandı.

Depresyon belirtilerinin erken teşhisi ve tedavisi hipertansiyonun tedavisi ve yönetimi için önemli bir faktördür. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin hipertansif yaşlı bireyleri özellikle depresyon belirtileri açısından izlemeleri önemlidir. Depresyonu olan hipertansiyon hastalarının bu hastalıkları ile baş etmelerinde sağlık bakım profesyonelleri ilaca uyumsuzluk ve depresyon arasındaki ilişkiyi göz önünde bulundurmaları ve depresyon ve ilaca uyumu etkileyen risk faktörlerini değerlendirip, özellikle ileri yaşta olan, kadın, okuryazar olmayan ve lise/üniversite eğitimi almamış ve bekar/dul/boşanmış olan, gelirinin giderinden az olduğunu ve sağlığını kötü algılayan, yalnız yaşayan ve diyastolik kan basıncı kontrol altında olmayan yaşlı bireylere öncelik vermeleri önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Erden Aki, Ö. (2012). Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar. *Birinci Basamak İçin Temel Geriatri*. Birinci Baskı. Algı Tanıtım. Ankara.
2. Karadokovan, A. (2014). Yaşlı ile İlgili Sorunlar ve Politikalar. *Yaşlı Sağlığı ve Bakımı*. Akademisyen Tıp Kitabevi. Özyurt matbaacılık. Ankara.
3. Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Genişletilmiş İkinci Baskı. Sistem Ofset. Ankara.
4. TÜİK, (2014). Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistiklerle Yaşlılar*. 4365. Mart 2015 <http://www.tuik.gov.tr/>
5. Özbek, S., Kaya, E., Tekin, A. ve Doğan, Ş. (2006). Yaşlılarda Tedaviye Uyum. *Türk Geriatri Dergisi*, 9 (3), 177-181.
6. Oğuzhanoğlu, N. K. (2003). Yaşlanma ve Psikiyatrik Sorunlar. *II. Ulusal Yaşlılık Kongresi*, Pamukkale Üniversitesi, Denizli. 62-67.
7. Kulaksızoğlu, I. B., Gürvit, H., Polat, A., Harmancı, H., Çakır S, Hanagasi H, et al. (2005). Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in İstanbul. *International Psychogeriatrics*, 17, 303-12.
8. David, A. ve Casey, M. D. (2011). Depression in the elderly: a review and update. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4,160–167.
9. Mete, E. H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*.1(Ek 3), 3-18.
10. Meng, L., Chen, D., Yang, Y., Zheng, Y. ve Hui, R. (2012). Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Hypertension*, 30(5), 842-851.

11. Patten, S. B., Williams, J.V.A., Lavorato, H., Campbell, N.R.C., Eliasziw, M. ve Campbell, T. S. (2009). Major depression as a risk factor for high blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 71, 273-179.
12. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Services. Complete report. 2004.
13. Kaur, R. ve Khanna, N. (2012). Pathophysiology and risk factors related to hypertension and its cure using herbal drugs. *Spatula DD*. 2(4), 245-256.
14. Uyarel, H. (2014). Tedavide Yaşam Tarzı Değişiklikleri. *Hipertansiyon Bülteni, Özel Sayı*, 1(1), 6-7.
15. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2.
http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php.Erişim tarihi:03.01.2015
16. Altun, B., Arici, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C. et al. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (patenT) in 2003. *Journal of Hypertension*, 23 (10), 1818- 1823.
17. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. (2013). *Sağlık Bakanlığı. Yayın No:909*, Ankara.
18. Triantafyllou, A., Douma, S., Petidis, K., Doumas, M., Panagopoulou, E., Pырpasopoulou, A. et al. (2010). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in greece. *Rural and Remote Health* 10: 1225. (Online). Available: <http://www.rrh.org.au>
19. Hammami, S., Mehri, S., Hajem, S., Koubaa, N., Frih, M. A., Kammoun, S. et al. (2011). Awareness, treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2-7.

20. Ergin, A. ve Topsakal, R. (2004). Hipertansiyon; Fizyopatoloji, Klinik ve Tanı. (Erol, Ç. Ed.). *Klinik Kardiyoloji*. MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi. Ankara.
21. Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2) ,167-172.
22. Thiruchselvam, T., Naglie, G., Moineddin, R., Charles, J., Orlando, L., Jaglal, S. at al. (2012). Risk factors for medication non adherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1275-82.
23. Park, E. ve JinShil Kim, J. (2015). Vulnerable older adults with hypertension demonstrate age-and gender specific presentations of hypertension management problems. *International Journal of Applied Engineering Research*, 10(4), 10149-10162.
24. Choi, S. W., Kim, M. K., Han, S.W., Kim, S. H., Kim, H. J., Kang, S. M. ve et al. (2014). Characteristics of hypertension subtypes and treatment outcome amongelderly. *Korean Hypertensives. Journal of the American Society Hypertension*, 8(4), 246-53.
- 25.Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12),154-164.
26. Bilir, N. ve Paksoy Erbaydar, N. (2012). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü (Güler, G, Akın L. Eds.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Cilt III. Genişletilmiş İkinci Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.
27. Akyar, İ. (2011). Geriatrik Bireyin Değerlendirilmesi. *Akademi Geriatri Derneği*. Kongre Kitabı. Belek/Antalya. 69-71.
28. Kalkan, M. (2008). Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırılması ve Genel Bilgiler. (Ersanlı, K. Kalkan, K. Eds.). *Psikolojik Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*. Pagem Akademi, Ankara.

29. Fadiloğlu, Ç. (2006). Yaşlılığın Toplumsal Boyutu (Fadiloğlu, Ç. Ed.) *İleri Geriatri Hemşireliği*. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir.
30. Lonsdale, D. O. ve Baker, E. H. (2013). Understanding and managing medication in elderly people. *Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynecology*, 27(5), 767-88.
31. Bilir, N. (1997). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları. (Güler, Ç. Bertan M. Eds). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güneş Kitabevi. Ankara.
32. Soncul, H.ve İmren, Y. (2008). Yaşlanan Kalp. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences IssueList*. 28, 38-39.
33. Karadeniz, G., Dedeli, Ö., Gökdere, H., Aslan, G.G., İşlek, E., Ayaz, A.T. ve et al. (2008). Geriatri Hemşireliği. (Karadeniz, G. Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. Göktuğ Yayıncılık, Manisa.
34. Karadeniz, G. ve Dedeli, Ö. (2008). Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri. (Ersanlı, K. Kalkan, M. Eds.). *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*. Pegem Akademi, Ankara.
35. Esen, A. (2006). Yaşlılık ve Beslenme. (Fadiloğlu, Ç. Ed.) *İleri Geriatri Hemşireliği*. Meta Basım Matbaacılık, İzmir.
36. Karadokovan, A. (2014). Yaşlıda Fizyolojik Değişiklikler ve Bakım. *Yaşlı Sağlığı ve Bakımı*. Akademisyen Tıp Kitabevi. Özyurt Matbaacılık. Ankara.
37. Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. *Ümit ve Ümitsizlik*. İkinci Basım. Mattek Matbaacılık. Ankara.
38. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). Duygu Durum Bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. I. Yenilenmiş 11. Baskı. Tuna Matbaacılık, Ankara.

39. Bağ, B. (2014). Yaşlılık Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Çam, O. Engin E. Eds). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. İstanbul.
40. Engin, E. ve Ergün G. (2014). Depresyon. (Çam O, Engin E. Eds). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. İstanbul.
41. Kulaksızoğlu, I. B. ve Çakır, S. (2004). Yaşlılık Döneminde Depresyon. *Klinik Gelişim*,17(2), 62-69.
42. Hacıhasanoğlu, R. ve Türkleş, S. (2008). Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11, 55-60.
43. Bakar, N. ve Aşilar R. H. (2012). Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Bursa, 2-6 Ekim 454-455.
44. Banegas, J., R. López-García, E., Giricini, A., Guallar-Castillón, P., Gutierrez-Fisac, J. L., Alonso, J. at al. (2007). Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation*, 14 (3), 456-62.
45. Yüksel, N. (2006). Duygudurum Bozuklukları. (Yüksel, N. Ed) *Ruhsal Hastalıklar*. Üçüncü baskı. MN Medikal Nobel. Özyurt Matbaacılık. Ankara.
46. Balam, Y. B. (2008). Geriatrik depresyon. (Ersanlı, K. Kalkan, M. Eds.). *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*. Pagem Akademi, Ankara.
47. Eker, E. ve Noyan, A. (2004). Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek-2, 75-83.
48. Kılıç, D. (2009). Yaşlı Sağlığı. (Erci, B. Ed.). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara. Fırat Matbaacılık.

49. Sütöruk, Z., Demirhindi, H., Savaş, N. ve Akbaba, M. (2004). Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3).149.
50. Almeida, O. P. (2012). Prevention of depression in older age. *Maturitas*, 79, 136-141.
51. şahin, D., Aydın, A., şimşek, N., Cabar, H.D. (2012). Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 38-41.
52. Fadiloğlu, Ç. ve Tokem, Y. (2004). Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (4), 241-246.
53. Keleş, İ. (2013). Hipertansiyon Patofizyolijisi. (Keleş, İ. Ed). *Güncel Hipertansiyon*. İstanbul. Ömür Matbaacılık A.ř.
54. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M. et al. (2013.) ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. European heart journal. the task force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and of the European society of cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 34(28), 2159-219.
55. Akın, S. (2013). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım. (Durna, Z. Ed.) *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul.
56. Gregory, Y. H. L. (2004). Clinical hypertension in practice. (Sansoy, V. Tercüme). *Uygulamada Klinik Hipertansiyon*. Global Yayın Ajansı, İstanbul.
57. Karakoç, E.V., Ömer, Z. ve Can, H. (2012). Birinci Basamakta Hipertansiyona Yaklaşım. *Smyma Tıp Dergisi*, 62-67.
58. Yiğit, Z. (2007). Hipertansiyon. (Enar, R. Ed.) *Temel Kardiyoloji*. Nobel Matbaacılık. İstanbul.
59. Babalık, E. (2005). Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, 18 (2), 25-32.
60. Yorgun, H. ve Kabakçı, G.(2010). Yaşlılarda Hipertansiyonun Tanı ve Tedavisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 2, 5-12.

61. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. (2012). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 40: Supplementum 3.
62. Yurdakul, S. ve Aytekin, S. (2010). Kadınlarda Hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38 Ek 1: 25-31.
63. Kaya, A., Gedik, V. T., Bayram, F., Bahçeci, M., Sabuncu, T., Tuzcu, A. ve ark. (2009). *Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi*. Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş. Ankara.
64. Arici, M., Turgan, C., Altun, B., Sindel, S., Derici, U., Karatan O. ve ark. (2010). Turkish society of hypertension and renal diseases. hypertension incidence in Turkey (HinT). *Journal of Hypertension*, 28 (2), 240-4.
65. Kumbasar, D. ve Candemir, B. (2012). Sistemik hipertansiyon. (Biberoğlu, S. İliçin, G. Ünal, S. ve Süleymanlar, İ. Eds.). *İç Hastalıkları*. Ayrıntı Basımevi. Ankara.
66. James, P.A., Oparil, S., Cartel, B. L., Cushman W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J. et al. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: *Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. *JAMA*. 311 (5), 507-20.
67. Elliott, W. J. (2003). Optimizing medication adherence in older persons with hypertension. *International Urology Nephrology*, 35(4), 557-62.
68. Çakmak, A. ve Keleş, İ. (2013). Hipertansiyon Tanı ve Sınıflaması. (Keleş, İ. Ed). *Güncel Hipertansiyon*. Ömür Matbaacılık A.Ş. İstanbul.
69. Erol, Ç. (2004). Hipertansiyon: Tedavi. (Erol, Ç. Ed). *Klinik Kardiyoloji*. MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi. Ankara.
70. Chobanian, A. V., Bakris, G.L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L. et al. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 289, 1206-52.

71. Khan, N. A., Hemmelgarn, B., Padwal, P., Larochelle, P., Mahon, J. L., Lewanczuk, R. Z. et al. (2007). Hypertension. the 2007 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: part 2- therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 23(7), 539-550.
72. Barçın, C. (2014). İlaç Tedavisi Başlanması ve Hedef Değerler. *Hipertansiyon Bülteni*, Özel Sayı,1(1), 8-11.
73. Korkmaz, M. (2006). Yaşlılıkta İlaç Kullanımı ve Polifarmasi. (Fadıloğlu, Ç. Ed.) *İleri Geriatri Hemşireliği*. Meta Basım Matbaacılık, İzmir.
74. Latif, S. ve McNicoll, L. (2009). Medication and non-adherence in the older adult. *Geriatrics for the Practicing Physician*. Medicine and Health/ Rhode Island, 92 (12): 418-19.
75. Bergman, E. B. (2006). AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatric Nursing*, 27, 174-182.
76. Improving Medication Adherence in Older Adults: What Can We Do www.vhqc.org. 9830. Mayland Drive, Suite J, Richmond, Virginia 23233. Erişim tarihi: 07.08.2015.
77. Karadokovan, A. (2014). Yaşlıda İlaç Kullanımı. *Yaşlı Sağlığı ve Bakımı*. Akademisyen Tıp Kitabevi. Özyurt Matbaacılık. Ankara.
78. Demirbağ, B. C. ve Timur, M. (2012). Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 1-8.
79. Brown, M. T, ve Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: who cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86 (4), 304-314.
80. Lee, V. W., Pang, K. K., Hui, K. C., Kwok, J. C., Leung, S. L., Yu, D. S. et al . (2013). Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly?. *Geriatrics Gerontology International*, 13(4), 978-85.

81. Özer, E, ve Özdemir, L. (2009). Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 42-51.
82. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. ve Karakurt P. (2010). Birinci Basamakta 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylere Verilen İlaç Eğitiminin İlaç Yönetimleri Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 13 (2) 99-104.
83. Shen, Q., Karr, M., Ko, A., Chan, D. K., Khan, R. ve Duvall D. (2006). Evaluation of a medication education program for elderly hospital in-patients. *Geriatric Nursing*, 27(3), 184-92.
84. Ervatan, S. Ö., Özel, A., Türkçapar, H.ve Atasoy, N. (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum. Doğal İzlem Çalışması. *Klinik Psikiyatri*. 6, 5-11.
85. Krousel-Wood, M. A.ve Frohlich, E. D. (2010). Hypertension and depression: coexisting barriers to medication adherence. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12(7), 481-486.
86. DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. ve Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives Internal of Medicine*, 160(14), 2101-7.
87. Gentil, L., Vasiliadis, H. M., Preville, M., Bosse, C. ve Berbiche, D. (2012). Association between depressive and anxiety disorders and adherence to antihypertensive medication in community-living elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2297-301.
88. Alcántara, C., Edmondson, D, Moise, N, Oyola, D, Hiti, D. ve Kronish, I, M. (2014). Anxiety sensitivity and medication nonadherence in patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 77 (4), 283-286.

- 89.** Maguire, L. K., Hughes, C. M. ve McElnay, J. C. (2008). Exploring the impact of depressive symptoms and medication beliefs on medication adherence in hypertension--a primary care study. *Patient Education Counselling*, 73(2), 371-6.
- 90.** Ma, L., Tang, Z., Sun, F., Diao, L., Li, Y., Wang, J. et al. (2015). Risk factors for depression among elderly subjects with hypertension living at home in China. *International Journal of Clinical Experimental Medicine*, 8(2), 2923-2928.
- 91.** Ismail, Z., Mohamad, M., Isa, M. R., Fadzil, M. A., Yassin, S. M., Ma K.T. et al. (2015). Factors associated with anxiety among elderly hypertensive in primary care setting. *Journal of Mental Health*, 24(1), 29-32.
- 92.** Vawter, L., Tong, X., Gemilyan, M. ve Yoon, P. W. (2008). Barriers to antihypertensive medication adherence among adults--united states, 2005. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 10(12), 922-924.
- 93.** Khan, E. U. (2005). Hypertension management: the primary care nursing role. *British Journal of Community Nursing*, 10 (3), 128-32.
- 94.** Tiftik, S., Kayış A, ve İnanır İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü. *Akademik Geriatri Dergisi*, 4, 1-11.
- 95.** Hacıhasanoğlu, R. ve Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BNI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (5-6), 692-705.
- 96.** Tortumluoğlu, G., Hacıhasanoğlu, R., Yılmaz, S. ve Yazıcı M. (2005). Yaşlılara Verilen Planlı Egzersiz Eğitiminin Beden Kitle İndeksi (BKİ), Arteriyel Kan Basıncı (AKB) ve Egzersiz Davranışlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1):1-9.
- 97.** Demirkıran, F. ve Terakye, G. (2001). Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi. *Kriz Dergisi*, 9(2), 29-39.

98. Kocataş, S., Güler, G. ve Güler, N. (2004). 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7:1,2-10.
99. O'Brien, R. G., Muller, K. E. (1993). Applied analysis of variance in behavioral science marcel dekker, New York ,Chapter 8 pp. 297-344.
100. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
101. Ertan, T., Eker, E. ve Şar, V. (1997). Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Noropsikiyatri Arşivi*.34(2): 62-71.
102. Fernandez, S., Chaplin W., Schoenthaler, A. M. ve Ogedegbe, G. (2008). Revision and validation of the Medication Adherence Self-efficacy Scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 453-62.
103. Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S. ve Çapık, C. (2012). Validity of the Turkish version of the Medication Adherence Self-efficacy Scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 12, 241-8.
104. WHO. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *World Health Organization Technical Report Series*, Geneva, 894, 1-253.
105. Aydoğan., Ü., Mutlu, S., Akbulut, H., Taş, G., Aydoğdu, A., ve Sağlam K. (2012). Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi*. 4(2), 1-5.
106. Scuteri, A., Spazzafumo, L., Cipriani, L., Gianni, W., Corsonello, A., Cravello, L. at al. (2011). Depression, hypertension, and comorbidity: disentangling their specific effect on disability and cognitive impairment in older subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52 (3), 253-7.

107. Kretchy, I. .A., Owusu-Daaku, F. T. ve Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 21, 8.25.
108. Neupane, D., Panthi, B., McLachlan, C. S., Mishra, S. R., Kohrt, B. A. ve Kallestrup, P. (2015). Prevalence of undiagnosed depression among persons with hypertension and associated risk factors: *A Cross-Sectional Study in Urban Nepal. Plos One*. 10(2), 1-11.
109. Ringoir, L., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W. ve Pop, V. J. (2014). Prevalence of psychological distress in elderly hypertension patients in primary care. *Netherlands Heart Journal*, 22(2),71–76.
110. Mejia-Lancheros, C., Estruch, R., Martinez-González, M. A., Salas-Salvado, J., Corella, D., Gómez-Gracia, E. et al. (2014). Blood pressure values and depression in hypertensive individuals at high cardiovascular risk. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14,109:2-8.
111. Wu, C.Y., Prosser, R.A., Taylor, J.Y. (2010). Association of depressive symptoms and social support on blood pressure among urban African American women and girls. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 694–704.
112. Abel, W. M., Crane, P.B. ve McCoy, T. (2014). Predictors of depression in black women with hypertension. *Issues Mental Health Nursing*, 35 (3), 165-74.
113. Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T. ve Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? a review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical Diagnostic Research*, 8 (9):WE01-WEO4.
114. Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., Mast R. C., ve Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 78-80.

115. Keşkek, Ş. Ö., Haydardedeoğlu, F. E., Kırım, S., Angay, S., Ortoğlu, G., Taşdemir, M. et al. (2013). Which Increases Depressive Symptoms in Obese Patients; Hypertension or Diabetes. *Qscience Connect*.
9<http://dx.doi.org/10.5339/connect.9:2-5>.
116. Rubio-Guerra, A. F., Rodriguez-Lopez, L., Vargas-Ayala, G., Huerta-Ramirez, S., Serna, D. C. ve Lozano-Nuevo, J. J. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental Clinical Cardiology*, 18(1), 10-12.
117. Johansen, A., Holmen, J., Stewart, R. ve Bjerkeset, O. (2012). Anxiety and depression symptoms in arterial hypertension: the influence of antihypertensive treatment. the hunt study, Norway. *European Journal of Epidemiology*, 27(1), 63-72.
118. Sjösten, N., Nabi, H., Westerlund, H., Salo, P., Oksanen, T., Pentti, J. et al.(2013). Effect of depression onset on adherence to medication among hypertensive patients: a longitudinal modeling study. *Journal of Hypertension*, 31(7), 1477-84.
119. Scalco, A. Z., Scalco, M. Z., Azul, J. B. ve Lotufo Neto, F. (2005). Hypertension and depression. *Clinics*. 60(3), 241-50.
120. Wang, W., Lau, Y., Loo, A., Chow, A. ve Thompson, D.R. (2014). Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. *Heart Lung* , 43(4), 278-283.
121. Zyoud, S. H., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M.ve Morisky, D.E. (2013). Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health Qual Life Outcomes*.11,191.
122. Krueger, K., Botermann, L., Schorr, S. G., Griese-Mammen, N., Laufs, U. ve Schulz, M. (2015). Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: a systematic literature review. *International Journal of Cardiology*, 184, 728-735.

123. Zakaria, N., Baharudin, A. ve Razali, R. (2009). The effect of depressive disorders on compliance among hypertensive patients undergoing pharmacotherapy. *Psychiatry*, 10(2), 1-11.
124. Ambaw, A. D., Alemie, G. A., Yohannes, S. M. ve Mengesha, Z. B. (2012). Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 12, 282.
125. Venkatachalam, J., Abrahm, S. B., Singh, Z., Stalin, P. ve Sathya, G. R.(2015). Determinants of patient's adherence to hypertension medications in a rural population of Kanchipuram district in Tamil Nadu, South India. *Indian Journal of Community Medicine*, 40(1), 33-7.
126. Hacıhasanoğlu, Aşilar, R., Gözüm, S., Cantürk, Ç., ve Morisky, D. E. (2014). Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 14(8), 692-700.
127. Lemstra, M. ve Alsabbagh, M. W. (2014). Proportion and risk indicators of nonadherence to antihypertensive therapy: a meta-analysis. *Patient Prefer Adherence*. 8, 211-8.
128. Hughes, C.M. (2004). Medication non-adherence in the elderly. how big is the problem. *Drugs Aging*, 21 (12), 793-811.
129. Dennison, C. R., Peer, N., Steyn, K., Levitt, N. S. ve Hill, M. N. (2007). Determinants of hypertension care and control among peri-urban Black South Africans: the HiHi study. *Ethnicity Disease*, 17(3), 484-91.
130. Osamor, P. E. (2015). Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovascular Journal of Africa*, 26, 29–33.
131. Shima, R., Farizah, M. H. ve Majid, H .A (2014). Qualitative study on hypertensive care behavior in primary health care settings in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. 17(8), 1597-1609.

- 132.** Rajpura, J. ve Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58-65.
- 133.** Arslantaş, H., Adana, F., Abacıgil, E. F., Kayar, D. ve Acar, G. (2015). Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: a field study from western Turkey. *Iran Journal of Public Health*, 44(1), 43-50.
- 134.** Gün, Y. ve Korkmaz, M. (2014). Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (2), 98-108.

9. EKLER

EK-I

TANIMLAYICI SORU FORMU

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz. a. Kadın b. Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul
 - e. Lise mezunu f. Üniversite mezunu
4. Medeni durumunuz nedir?
 - a. Evli b. Bekar c. Dul d. Boşanmış
5. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?
 - a. Geliri giderinden az b. Geliri giderine eşit c. Geliri giderden fazla
6. Aile ve çevrenizden sosyal destek alıyor musunuz?
 - a. Evet b. Hayır
7. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
 - a. İyi b. Orta c. Kötü
8. Yalnız mı yaşıyorsunuz?
 - a) Yalnız b) Yalnız değil
9. Hipertansiyon tanısını ne zaman aldınız.....
10. Kaç yıldır hipertansiyon hastalığından dolayı ilaç kullanıyorsunuz.....
11. Hipertansiyon tedavisi için kullanılan günlük ilaç sayınız nedir.....
12. Hipertansiyon dışında kronik bir hastalığınız var mı?
 - a. Evet (.....)
 - b. Hayır

KB:.....ilk ölçüm

KB:.....ikinci ölçüm

Kilo:.....kg

Boy:.....cm

EK II

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDÖ)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

- | | |
|---|------------|
| 1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz? | Evet-Hayır |
| 2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınız çoğunu halen sürdürüyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 4) Sık sık canınız sıkılır mı? | Evet-Hayır |
| 5) Gelecekte umutsuz musunuz? | Evet-Hayır |
| 6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu? | Evet-Hayır |
| 7) Genellikle keyfiniz yerinde midir? | Evet-Hayır |
| 8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz? | Evet-Hayır |
| 12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz? | Evet-Hayır |
| 13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 14) Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir? | Evet-Hayır |
| 16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur? | Evet-Hayır |
| 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 22) Çözümsüz bir durum içinde olduğunuzu düşünüyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz? | Evet-Hayır |
| 25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz? | Evet-Hayır |
| 26) Dikkatinizi toplamaktan güçlük çekiyor musunuz? | Evet-Hayır |
| 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu? | Evet-Hayır |
| 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız? | Evet-Hayır |
| 29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu? | Evet-Hayır |
| 30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır? | Evet-Hayır |

EK III

İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/ UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU(İBÖS-KF)

Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı HER ZAMAN alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu lütfen işaretleyiniz.

TANSİYON İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN
NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
1.Evde meşgul olduğunuzda	()	()	()	()
2.Size hatırlatacak birisi olmadığında	()	()	()	()
3.Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde	()	()	()	()
4.Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde	()	()	()	()
5. Ailenizle beraber olduğunuzda	()	()	()	()
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda	()	()	()	()
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde	()	()	()	()
8. Seyahatlerde	()	()	()	()
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde	()	()	()	()
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde	()	()	()	()
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde	()	()	()	()
12.Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda	()	()	()	()

AŞAĞIDAKİ İŞLEMİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN
NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
13. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan	()	()	()	()

EK IV

T.C.
ERZİNCAN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

08 Nisan 2014

Sayı : 96188023-903/07 *2203/3008*
Konu : Ezgi DEMİRTÜRK

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 01.04.2014 tarih ve 51 sayılı yazımız.

İlgili yazımıza istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans eğitimi yapan 127801008' nolu öğrenciniz Ezgi DEMİRTÜRK' ün Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalarla ilgili " Yaşlı Hipertansif Bireylerde Depresyonun Antihipertansif ilaca Uyuma Etkisi" konulu çalışmasını yapması tarafımızca da uygun görülmüş olup ilgili merkezlere de bilgi verilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Mehmet Oğuz ÇETİN
Halk Sağlığı Müdürü

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ	
TARİH	: 08.04.2014
D. NUMARASI	: 903.07
SAYI	: 105

Hemşirelik Anabilim Dalı
08.04.2014
[Signature]

EK V

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığına

İlgi: 44495147/39-1959 sayılı yazı

17.03.2014

Konu: Tez Çalışması

Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı tarafından oluşturulan Uzman Kurulu Prof. Dr. Ergün TOPAL başkanlığında 17.03.2014 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Karar:

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ezgi DEMİRTÜRK'ün "Yaşlı Hipertansif Bireylerde Depresyonun Antihipertansif İlaça Uyuma Etkisi" adlı tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna kurulun oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Ergün TOPAL

Uzman Kurulu Komisyon Başkanı

Yrd.Doç.Dr. Fatih ÖZÇİÇEK

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Alp AKÇA

ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Mutlu BÜYÜKLÜ

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM

ÜYE